Rok XXXVIII. Kraków, 6 Maja 1899. Nr. 18.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki; w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 zlr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 6 Maja 1899. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski

Docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Nieprawidłowa długość, układ i położenie jelita esowatego (flexura sigmoidea) są zjawiskiem częstem, stwierdzonem zarówno na stole sekcyjnym, jako i podczas zabiegów operacyjnych, podjętych z powodu skrętu tej części jelita grubego. Treves[1]) podaje, że skręt pętli esowatej stanowi $^1/_{40}$ część wszystkich przypadków niedrożności jelit; Leichtenstern[2]) oblicza w zestawieniu 1257 przypadków zamknięcia światła jelita — 33 przypadki skręcenia pętli esowatej i jelita biodrowego, a wyższą jeszcze liczbę wykazuje statystyka materyału Obalińskiego[3]), gdzie, na 156 przypadków niedrożności jelit, przypada 25 skrętów kiszki esowatej.

Zgodnie brzmią spostrzeżenia różnych autorów co do wieku chorych, dotkniętych skrętem jelita esowatego, z których wynika, że skręt ten występuje zwykle dopiero po 30 roku życia, a przypadki poniżej lat 20 należą do niezwykłych rzadkości tak, że przytoczone przez Leichtensterna skręcenie kiszki esowatej, dostrzeżone na zwłokach 11-letniego chłopca, zmarłego z niezależnej od tego przyczyny, jako *unicum* powtarza się we wszystkich prawie pracach, poświęconych temu przedmiotowi, a wyrażone przez Leichtensterna tłómaczenie mechanizmu skręcenia za życia w tym przypadku zostało zakwestyonowane w rozprawie Samsona[4]).

W tej właśnie pracy, nader starannie i gruntownie wyczerpującej stosunki anatomiczne, patologię i historyę rozwoju jelita esowatego i jego krezki, zaznacza Samson parokrotnie, że wytworzenie się skrętu w tym odcinku jelita grubego u dzieci się nie przydarza. Na poparcie swego twierdzenia przytacza on brak takich spostrzeżeń w piśmiennictwie, oraz własne doświadczenia na zwłokach dziecięcych, robione z wtłaczaniem powietrza do okrężnicy zstępującej, w których nie zdołano nigdy wywołać skrętu kiszki esowatej w tej postaci chorobowej, jaką udało się w ten sam sztuczny sposób sprowadzić u dorosłych. Jako przyczynę wyników nieudałych u dzieci podaje Samson stosunki anatomiczne krezki i jelita esowatego, niesprzyjające wytworzeniu się skrętu. Lubo bowiem pętla esowata u dzieci odznacza się względnie do innych odcinków jelita znaczną długością, to jednak punkt przyczepu kąta krezki dachówkowatej w tym wieku leży wysoko w okolicy 4-ego kręgu lędźwiowego, a linie przyczepu górnego i dolnego ramienia kiszki esowatej tworzą kąt o znacznej rozwartości ramion. Wraz z postępującym wiekiem opuszcza się kąt przyczepu krezki tak, że obniża się do wysokości 5-ego kręgu lędźwiowego, a nawet schodzi do wzgórka kości krzyżowej *(promontorium)*, a równocześnie z tem, linie przyczepu ramion krezki układają się inaczej tak, że linia przyczepu górnego ramienia biegnie więcej poziomo, a przyczep dolnego ramienia przesuwa się z linii środkowej na lewo, w następstwie czego punkta podstawowe pętli zbliżają się ku sobie.

Równocześnie za długa względnie u dziecka kiszka esowata, w miarę rozrostu innych odcinków jelita grubego, przestaje górować swoją długością tak, że za prawidło uważać należy u dorosłych pętlę esowatą krótką z nizko osadzonym kątem przyczepu.

Zmiany chorobowe późniejsze, jakim ulega nierzadko krezka, a mianowicie zbliznowacenie jej blaszek, napotykane zazwyczaj na dolnej powierzchni, rzadziej zaś na górnej, pod postacią więzów wrzekomych, stanowią, obok wymienionych wyżej przeobrażeń w prawidłowym z wiekiem rozwoju krezki i jelita esowatego, najważniejszą niewątpliwie podstawę anatomiczną do tworzenia się skrętów w tej kiszce.

Nie wnikając bliżej w roztrząsanie etyologiczne czynników usposabiających do powstawania skrętów jelita esowatego u osób dorosłych, zaznaczyć trzeba, że wnioski Samsona i doświadczenia, na których się one zasadzają, o ile odnoszą się do dzieci, są oparte wyłącznie na pętlach esowatych, całkiem prawidłowych, a zresztą doświadczenia na zwłokach robione, jak sam Samson wyraźnie oświadcza, nie mogą być miarą rzetelną stosunków za życia się wytwarzających.

Z doświadczeń tych wynika jednak niewątpliwie ten pewnik, że ani prawidłowo rozwinięte zgięcia esowate u dzieci, ani zgięcia u dorosłych, jeśli tylko nie okazują nadmiernej w tym wieku długości lub zmian chorobowych w przyczepie i budowie krezki, nie cechują się dążnością nawet pod wpływem silnego rozdęcia do takiego skręcania się, które pociąga za sobą zupełne zamknięcie światła jelitowego.

Czy i o ile nieprawidłowości wrodzone w przebiegu, ułożeniu i długości zgięcia esowatego i jego krezki mogą dać powód u dzieci do zaburzeń w przesuwaniu się treści kałowej, nie wyjaśniają wcale doświadczenia podjęte na zwłokach, raz z powodu trudności odtworzenia w doświadczeniu

[1]) Treves: Darmobstruction, 1886.

[2]) Leichtenstern: Verengerungen, Verschliessungen und Lageveränderungen des Darms (*Ziemssens. Handbuch* VII. 2).

[3]) Rutkowski: Niedrożność jelit mechaniczna etc. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci Obalińskiego.

[4]) Samson: Einiges über den Darm etc. (*Langenb. Archiv. für Chir.* T. 44).

wiernego obrazu, rozgrywającego się za życia, powtóre z przyczyny przeszkód, jakie zachodzą w doborze odpowiedniego materyału do doświadczeń. Trudności tych świadom był dobrze Samson i niejednokrotnie je zaznacza w swej pracy, której wielką zasługą pozostanie zawsze to, że w niej zszeregował teorye, doświadczenia i wnioski autorów, omawiających skręty jelita esowatego i że je krytycznie roztrząsnął, oraz uzupełnił własnymi poglądami.

W piśmiennictwie znajdują się nieliczne opisy wybitnych nieprawidłowości kiszki esowatej zarówno w wieku dziecięcym, jak i u dorosłych, podane przez Grubera, Küttnera, Fleischmana, Littlego, Harringtona i innych, w których brak jednak danych, co do zachowania się krezki i jej punktu przyczepu, jakoteż wzmianki, czy zboczeniom jelita towarzyszyły za życia zaburzenia czynnościowe.

Charakterystyczny przykład nadmiernego rozwoju wrodzonego kiszki esowatej podaje Eisenhart[5]) i przytacza zarazem 2 analogiczne przypadki, z których pierwszy zamieszczony jest w Sajous *(Annual*, 1893), drugi zaś opisał E. Walsh w *Northwestern Lancet* Vol. XIII.

U chorej Eisenharta l. 35, od dawna cierpiącej na zaparcie stolca, z powodu objawów zupełnego zatrzymania stolca i wiatrów i wzmagającego się wzdęcia żywota, wykonano laparotomię, która jednak nie wyjaśniła prawdziwej przyczyny niedrożności, a pacyentka mimo usunięcia domniemanej przeszkody w jelitach cienkich, śród utrzymujących się dalej objawów niedrożności, zmarła tegosamego dnia. Dopiero oględziny pośmiertne stwierdziły, że na granicy jelita esowatego i prostnicy nastąpiło zagięcie kiszki skutkiem opadnięcia w dół przepełnionego kałem dolnego odcinka pętli esowatej. Cała kiszka esowata po rozcięciu na zwłokach, 33 ctm. szeroka, a 60 ctm. długa, rozdęta była tak, że uniemożliwiała operującemu (Angerer) wybadanie istotnego stanu rzeczy pomimo że przez nacięcie rozdętego jelita, które uważał za okrężnicę *(colon)*, starał się opróżnić kiszkę.

Nadto we wszystkich pracach, traktujących o skręcie kiszki esowatej, napotyka się ten szczegół, że stan anatomiczny pętli, usposabiający do wytworzenia się skrętu, bywa częstokroć wrodzony lub rychło po urodzeniu nabyty, jako następstwo upośledzonego obniżania się kątnicy, leżącej u płodu wysoko w jamie brzusznej, lub nieprawidłowo spotęgowanego rozwoju okrężnicy w stosunku do ścian brzucha i miednicy, albo też nadmiernej wrodzonej długości krezki i niedokształcenia się więzów podłużnych okrężnicy.

Skutkiem tych czynników razem częstokroć działających, powstają nadliczbowe krzywizny i zagięcia w jelicie grubem, które ześrodkowując się szczególnie w pętli esowatej, powodują trwałe, nadmierne jej przedłużenie i nieprawidłowe ułożenie.

Leichtenstern[6]), wyliczając przyczyny sprowadzające nawykowe zaparcie stolca w jelicie grubem, wymienia między innemi nieprawidłową długość, przebieg i ułożenie okrężnicy, dodaje jednak równocześnie, że ten stan nieprawidłowy jelita grubego, często napotykany na zwłokach ludzkich różnego wieku, niesłusznie był przez dawniejszych autorów co do swej ważności przeceniany, gdyż w największej liczbie przypadków przedstawia zjawisko tak małego znaczenia, że nie pociąga ono za sobą żadnych zaburzeń, nawet leniwego opróżniania się jelita, jak długo ruch robaczkowy jelit odbywa się prawidłowo. W tymsamym rozdziale zaraz poniżej zaznacza na odwrót Leichtenstern, że nader ruchoma kątnica i okrężnica wstępująca, jako wada rozwojowa z przyczyny niedokonanego zupełnie *descensus coeci*, usposabia te odcinki jelita do przemieszczania się i bocznego zagięcia, t. z. skrętu około osi jelita, a dalej wzmiankuje, że nieprawidłowości rozwojowe jelita grubego i jego krezki dają nieraz powód do takich zaburzeń, że odpływ smółki u noworodków jest utrudniony, lub nawet zupełnie wstrzymany, wskutek czego przychodzi do objawów ileus, kończącego się śmiercią zresztą prawidłowo rozwiniętego noworodka. Widerhofer[7]) zapatruje się zgodnie z Leichtensternem i dodaje nadto, że jako następstwo dalsze tej wady wrodzonej okrężnicy wydarza się w późniejszym wieku niedrożność jelita, skutkiem ucisku poszczególnych jego odcinków, powstałego w następstwie skrętu lub wgłobienia.

W czem szukać należy przyczyny, że tasama wada rozwojowa, groźna nieraz w następstwach swych dla noworodków i osób dorosłych, prawie nigdy nie zaburza cięższej wieku dziecięcego; wytłómaczenia tego faktu w piśmiennictwie nie znajdujemy, a trudno chyba zbyć tę sprawę niewyjaśniającem zresztą istoty rzeczy twierdzeniem, że również i inne wady rozwojowe, jak wrodzone przepukliny zewnętrzne bardzo rzadko w wieku dziecięcym sprowadzają ciężkie zaburzenia, podlegając bardzo rzadko uwięźnieniu.

Droga doświadczeń na zwłokach, wobec trudności, o których już wspomniałem, nie rokuje nadziei wyjaśnienia tej sprawy; ograniczeni zatem jesteśmy do spostrzeżeń klinicznych, które, skrzętnie gromadzone i nadto uzupełnione obrazem anatomicznym, nasuwającym się wśród operacyi lub sekcyi, niewątpliwie posłużą do zebrania danych, z których pewniejsze można będzie wyciągnąć wnioski. Kierując się tą myślą, podaję opis przypadku leczonego w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Ludwika, uważając go wprawdzie za drobny tylko przyczynek do symptomatologii wrodzonej nieprawidłowości jelita esowatego, nabierający jednak o tyle wagi i znaczenia, że miałem sposobność stwierdzić śród operacyi stan jelita, towarzyszący objawom klinicznym, przez dłuższy czas spostrzeganym. Wobec rzadkości, z jaką stany nieprawidłowego rozwoju kiszki esowatej u dzieci stają się przedmiotem leczenia operacyjnego, ogłoszenie pojedynczego przypadku zdaje mi się być zupełnie usprawiedliwionem.

Przypadek mój przypomina pod względem objawów klinicznych i stanu anatomicznego pętli esowatej wyżej wspomnianą chorą Eisenharta, której historya choroby posłużyć może za ciąg dalszy i poparcie moich własnych spostrzeżeń i wniosków, jakie niżej zamieszczam.

Anna Kotarba, l. 7, córka akuszerki z Świątnik, przyjętą została w dniu 23/VII 1898 r. do kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.

Wywiady wskazują, że dziewczynka cierpi od pierwszego roku życia na sporadyczne zaparcie stolca z równoczesnem rozdymaniem się brzucha. Od wiosny b. r. zatrzymanie stolca coraz to częstsze tak, że tylko silne środki przeczyszczające wywołują wypróżnienie jelita, ale bardzo skąpe. Od tego czasu obwód brzucha stale się wzmaga, przyczem zauważono skręcanie się kiszek w guzy, widoczne przez po-

[5]) Eisenhart: Congenitale übermässige Entwickelung des S. romanum (*Centralbl. f. innere Mediz.* 1894. Nr. 49).

[6]) l. c.

[7]) Gerhardt: Kinderkrankheiten.

włoki brzuszne. Łaknienie mierne, wymioty nie pojawiły się wcale, parcia na stolec niema. Mocz oddaje często w małych ilościach.

Stan obecny: Budowa ciała i odżywienie dość dobre. Ciężar ciała 17 kg. 600 grm. Skóra blado-różowa, gruczoły chłonne wielkości grochu. Język obłożony. Badanie narządów klatki piersiowej nie wykazuje zmian chorobowych.

Tętno wolne, pełne, 84 na minutę. Ciepłota ciała prawidłowa.

Brzuch o powłokach cienkich, bladych i porozszerzanych naczyniach żylnych skóry, wzdęty znacznie i to przeważnie po nad pępkiem, jakoteż w częściach bocznych, odpowiednio do przebiegu okrężnicy. Obwód, mierzony przez pępek, wynosi 72 ctm., w wysokości zaś łuku żebrowego 67 ctm. Przez powłoki występują obrysy silnie rozdętych wypukleń jelita grubego, głównie po stronie lewej bocznej, jakoteż poprzecznie ponad pępkiem, które wykonują chwilami żywe ruchy robaczkowe. Większej oporności przy obmacywaniu, ani stłumienia w jamie brzusznej, stwierdzić nie można; — wypuk nad całym brzuchem jawny, bębenkowy, stłumienie śledzionowe i wątrobowe zniesione. Badanie przez odbytnicę wykazuje w zakresie badającego palca jelito próżne, bez zmian. Mocz prawidłowy. Stolec, który udawało się śród spostrzegania z trudnością dopiero po użyciu kilkakrotnem silnych środków przeczyszczających wywołać, przedstawiał się w postaci płaskich i wązkich taśm, był miernie obfity i prawidłowo zabarwiony; wzdęcie brzucha po stolcach ustępowało tylko częściowo.

Rozpoznanie: Na podstawie powyższych objawów, t. j. — zaparcia stolca, po którem naprzemian pojawiały się niekiedy kilkodniowe wypróżnienia płynne, — wybitnego rysowania się silnie rozszerzonych i żywo się poruszających pętli jelita grubego, znacznego wzdęcia brzucha, braku wymiotów i silniejszych bólów w brzuchu, — niemożności wykazania guza lub większej oporności w jamie brzusznej, — jakkolwiek wywiady nie dowodziły przebycia jednej z chorób prowadzących do cieśni jelita, rozpoznano zwężenie jelita grubego w części jego dolnej, najprawdopodobniej w okolicy zgięcia esowatego. Skoro pięciotygodniowe leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, nie wywołując żadnej zmiany na lepsze, przydzielono chorą do oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika, gdzie, po uzyskaniu zezwolenia rodziny, przystąpiłem w dniu 29/VIII do zabiegu operacyjnego.

Cięciem w linii środkowej brzucha, wyżej i niżej pępka, liczącem 20 ctm. długości, otworzyłem jamę brzuszną, z której wypukliło się natychmiast w ranę jelito pokryte otrzewną gładką, połyskującą, odpowiadające w wymiarach swych silnie rozdętemu żołądkowi; obecność jednak na niem więzów podłużnych i przyczepek sieciowych nie pozwoliła wątpić, że mamy do czynienia z okrężnicą. Celem swobodniejszego rozpatrzenia się, co było utrudnione tak silnie rozdętem jelitem, że zajmowało ono w powłokach całą szerokość rany, naciąłem je w osi podłużnej i wypuściłem gazy, poczem bezzwłocznie zamknąłem szwem otwór drobny w kiszce. Teraz dopiero stwierdzić można było, że to rozdęte jelito stanowiła kiszka esowata, w dolnym odcinku lekko nastrzykana, która, uniósłszy się z miednicy w jamę brzucha, sterczała wyprostowana i skręcona około swej osi ku górze i na prawo aż ku prawemu podżebrzu. Krezka jelita esowatego prawidłowo przyczepiona, silnie była naprężona i nie okazywała, prócz nadmiernej długości, żadnych zmian chorobowych; okrężnica zstępująca i poprzeczna, rozdęte do grubości ramienia mężkiego, nie zawierały znaczniejszej ilości kału, prostnicę znalazłem wolną od zmian. Wobec wybitnej nieprawidłowości, jaką przedstawiała pętla esowata, pragnąc na pewne zabezpieczyć operowaną na przyszłość od dalszych zaburzeń, grożących jej życiu, skłoniłem się do odcięcia pętli w długości 50 ctm., poczem z górnego i dolnego ramienia kiszki esowatej pozostało jeszcze tyle, że odcinki te połączyłem swobodnie szwem. Równocześnie wyciąłem z kiszki klin odpowiedniej szerokości, a następnie dokładnie zamknąłem szwem jamę brzuszną.

Operowana przeniosła zabieg bardzo dobrze; dnia 8-go po lawatywie odszedł pierwszy stolec, a dnia 12-go po operacyi zdjęto opatrunek i wyjęto szwy z rany brzusznej, dobrze przez rychłozrost zgojonej. W trzecim tygodniu po operacyi pozwolono chorej chodzić z opaską brzuszną. Zrazu wypróżnianie się jelit odbywało się dość leniwo tak, że zachodziła potrzeba podawania co dni parę lawatywy lub środka przeczyszczającego; począwszy jednak od trzeciego tygodnia stolec pojawiał się codziennie bez żadnej pomocy [8]).

Wymiary brzucha zmalały tak, że obwód przez pępek wynosił w parę tygodni po operacyi 54 ctm. w porównaniu do 72 ctm. przed operacyą; obwód brzucha w okolicy łuku żebrowego 59 ctm. wobec dawniejszego wymiaru 67 ctm. w tem miejscu. Wycięta pętla esowata, oprócz przekrwienia otrzewnej w dolnym odcinku i zgrubienia ścian i to głównie przerostu warstwy mięsnej, nie przedstawiała zmian głębszych. Zważywszy, że długość całego jelita grubego u dzieci, z wyłączeniem prostnicy, według pomiarów Rolssena [9]) wynosi niespełna metr (3·1), to wycięta część w długości 50 ctm. świadczy o okazałej pętli esowatej, jaka w tym przypadku miała miejsce. Obwód pętli w miejscu największego rozdęcia wynosił po nastrzykaniu preparatu wodą 35 ctm., w chwili operacyi był stanowczo większy. Niewątpliwie ta nadmierna długość kiszki esowatej była wadą rozwojową jelita grubego, — wrodzoną lub rychło po urodzeniu nabytą, z której płynące zaburzenia w przesuwaniu się treści kałowej objawiały się już w pierwszym roku życia, jak świadczą zebrane wywiady. Za tem, że istniała przeszkoda w krążeniu kału oprócz objawów klinicznych, jak utrzymujące się stale od pewnego czasu zaparcie stolca, wzdęcie brzucha, rysowanie się obrysów rozdętych jelit i wzmożenie ruchu robaczkowego, przemawia nadto znaczne zgrubienie warstwy mięsnej w odciętej pętli, które za przerost roboczy, powstający zawsze skutkiem zwiększonej pracy mięśnia, nauczyliśmy się uważać, a który znajdujemy stale w częściach jelita ponad zwężeniem położonych. Przerost ten dotyczył całej kiszki esowatej, zmniejszając się stopniowo ku jej dolnemu odcinkowi, gdzie też niewątpliwie leżała przeszkoda w drożności jelita esowatego. Na czem polegała ta przeszkoda, czy na zaciśnieniu dolnego odbytnicowego odcinka pętli esowatej przez wolny brzeg krezki (mesosigmoideum), czy, co prawdopodobniejsze wobec stwierdzonego śród operacyi skręcenia pętli około osi, skutkiem ostrego zagięcia bocznego kiszki esowatej, w miejscu gdzie ona przechodzi w odbytnicę, rozstrzygać nie chcę, bo z chwilą wypuszczenia gazów stosunki się zmieniły, a trudności techniczne i wzgląd na operowaną nie dozwalały poprzednio na rozpatrywanie dokładne szczegółów anatomicznych. Zresztą wynik ostateczny tak w jednym, jak i w drugim wypadku będzie ten sam, t. j. nastąpi zaciśnienie światła jelita na przejściu kiszki esowatej w prostnicę, w miejscu, gdzie prawidłowo, jak to wykazał Amussat, a stwierdził Pirogoff, znajduje się miejsce zwężone, a gdzie Luschka wykrył prawidłową zastawkę z fałdu błony śluzowej.

Stopień przeszkody w drożności jelita był niemały, skoro mogło nastąpić tak znaczne rozdęcie gazami kiszki

[8]) Na podstawie listownej wiadomości z dnia 4 kwietnia b. r. dołączam wzmiankę, że operowana jest zupełnie zdrowa, a trawienie i wypróżnienia jelitowe odbywają się całkiem prawidłowo.

[9]) Rolssen: Ein Beitrag zur Kentniss der Längenmasse des deutschen Darmes (*Inaug. Dissert.* 1890).

esowatej i okrężnicy; z drugiej strony jednak nie sprowadzał on cięższych zaburzeń w krążeniu krwi, bo prócz lekkiego przekrwienia jelita, które odnieść można do podrażnienia przez zastój treści kałowej i nagromadzone gazy, cięższych zmian w jelicie ani w krezce nie wykazano.

Z chwilą wzmożenia się ruchu robaczkowego pod wpływem silnych środków przeczyszczających, lub niezależnie nawet od nich, skutkiem podrażnienia jelita rozkładającą się treścią, przesuwał się przez miejsce przeszkody nagromadzony kał i następowały wypróżnienia charakterystycznego kształtu, płaskie, taśmowate. Również i przy wlewaniach wody przez odbytnicę ciecz torowała sobie drogę łatwo z dołu przez miejsce zaciśnione jelita w górę, nie wracała jednak wcale albo tylko z trudnością. Należy przypuścić, że skutkiem silniejszego ruchu robaczkowego i rozdęcia większego jelita pętla skręcona, wyprężając się ku górze, odkręcała się równocześnie i przyczyniała się w ten sposób do wyrównania ostrego zagięcia w miejscu zacieśnionem. Wielkiej wagi czynnikiem, który w opisanym przypadku pokonywał skutecznie przeszkodę w drożności jelita esowatego, był przerost mięśnia jelitowego, równoważący opory poniżej się nasuwające; to też wolno wnosić, że jak długo siła ruchowa jelita nie uległaby wyczerpaniu, nie mogło przyjść do wytworzenia się zupełnej niedrożności, a objawy, odpowiadające istniejącemu zaburzeniu w drożności, przemawiały jedynie za cieśnią jelita i w tym też duchu opiewało rozpoznanie przedoperacyjne.

Określona bliżej przez Rosenbacha [10]) niedomoga jelita (insufficientia) odgrywa niewątpliwie ważną rolę w przeważnej liczbie przypadków niedrożności mechanicznej jelit, jako ostateczny czynnik przyczynowy, który wywiera wpływ końcowy, rozstrzygający o losie jelita Tak też w zawikłanym mechanizmie skrętów jelita esowatego stanowi ona bezsprzecznie czynnik rozstrzygający, który, wobec istniejących oddawna podstaw chorobowych, sprowadza naraz zaburzenia takie, jakim jelito ulega, bo samo przez się już więcej sprostać im nie jest w stanie. Wszakże u osób okazujących wszelkie dane do wytworzenia się skrętu, czyli u obciążonych zmianami chorobowemi w pętli esowatej i jej krezce, które usposabiają do łatwego skręcania się kiszki esowatej, niewątpliwie częściej dokonywują się skręty, które zwalcza energia i siła rodzima samego jelita.

Świadczą o tem liczne spostrzeżenia, stwierdzające, że u chorych, poddających się operacyi z powodu skrętu kiszki esowatej, poprzednio już pojawiały się objawy, zupełnie analogiczne z ostatniem zajściem, które jednak ustępowały samoistnie. Częstokroć też napotyka się w wywiadach, zebranych u tych osób, wzmianki, że napad ostatni poprzedzały cały szereg lat zaburzenia w wypróżnianiu się jelit i że utrzymywała się skłonność do zaparcia stolca, z którem naprzemian występowały biegunki.

Za istniejącą dłuższy czas przedtem przeszkodą w drożności jelita u tych chorych przemawia wreszcie stwierdzony wielokrotnie w przebiegu skrętów przerost warstwy mięsnej jelita esowatego, położonego nad zawadą. Skłonność przewlekła do uporczywego zaparcia stolca, uznana przez wszystkich z naciskiem jako jeden z najprzedniejszych czynników przyczynowych w etyologii skrętów jelita esowatego, jest niewątpliwie w wielu przypadkach jedynie objawem już istniejącej nieprawidłowości jelita esowatego, wrodzonej lub wcześnie w dzieciństwie nabytej, a w szeregu czynników składających się na wytworzenie zupełnego obrazu anatomicznego, jaki przedstawia wraz z krezką jelito skrętowi uległe, dopiero dalsze, wtórorzędne zajmuje miejsce.

Rozważanie baczniejsze odmiennej kolei, w jakiej wyrabiają się zmiany jelita i występują objawy patologiczne u osób usposobionych do skrętu kiszki esowatej, jest bez znaczenia wprawdzie dla samej sprawy skręcania się pętli, zasługuje jednak o tyle na uwagę, że w przebiegu uporczywego zaparcia stolca u dzieci lub u osób młodych, posłużyć może za podstawę do rozpoznania właściwej przyczyny leniwego opróżniania się jelita.

Szczególnej zaś wagi nabiera ta okoliczność wtedy, gdy zaburzenia w przesuwaniu się treści jelitowej dochodzą do tego stopnia, jak w przypadku przezemnie opisanym, gdzie, wobec bezskuteczności leczenia wewnętrznego, nasuwa się konieczność zabiegu operacyjnego. Przypadki podobne, w miarę ściślejszego rozróżniania przyczyn przewlekłego zaparcia stolca u dzieci, częściej może staną się przedmiotem leczenia operacyjnego i obniżą temsamem odsetek skrętów jelita esowatego, przydarzających się nierzadko w wieku późniejszym.

Jaki wybrać rodzaj zabiegu operacyjnego, jeśli doń zniewalają ciężkie zaburzenia jelitowe u dzieci, wywołane nieprawidłowością w rozwoju pętli esowatej, trudno *a priori* orzec; niewątpliwie rozstrzygającym tu czynnikiem będzie w pierwszej linii anatomiczny stan jelita esowatego i jego krezki i stopień zboczenia rozwojowego, obok uwzględnienia innych okoliczności, jak ogólny zasób sił i zdrowia.

Czy wystarczającem będzie przyszycie nadmiernej pętli jelita esowatego, albo krezki samej do otrzewnej ściennej, nawet na rozległej przestrzeni, jak to czyni Roux w przypadkach skrętów u dorosłych, stanowczo rozstrzygać nie można; w każdym jednak razie, wobec znacznej długości pętli esowatej i jej krezki, ustalenie tak rozległe jelita na ścianie brzusznej choćby w skutkach było najwięcej obiecujące, sprowadzić może łatwo inne ciężkie zaburzenia w jamie brzusznej.

Wobec dobrych sił u mojej chorej i znacznego stopnia nieprawidłowości napotkanej w jelicie esowatem, wykonałem odcięcie całkowite pętli, wraz z wycięciem klina z krezki i w ten sposób, usuwając przyczynę zboczenia chorobowego, zniweczyłem zarazem oba źródła, w których mieszczą się czynniki sprzyjające wytwarzaniu się skrętu w przyszłości.

Ta droga naprawy nieprawidłowego rozwoju pętli esowatej, lubo cięższa dla chorych i poważna zdaje się być najwłaściwszą, bo stwarza najprostsze stosunki w jamie brzusznej.

II. **Z pracowni fizyologicznej prof. Dra Becka w Uniwersytecie lwowskim.**

O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych.

Podał

Dr. Edmund Kowalski,

kierownik Zakładu wodoleczniczego »Kiselka« obok Lwowa.

(Dokończenie).

Po dojściu do założonego przez nas celu, t. j. po udowodnieniu, że podniety termiczne wywierają rzeczywiście

[10]) Rosenbach: Zur Symptomatologie und Therapie der Darminsufficienz (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 13).

wpływ bezpośredni na naczynia, względnie na krążenie chłonne i po wyszukaniu przyczyny tego wpływu w czynności nerwów naczynioruchowych chłonnych, cofnijmy się nieco wstecz do początkowych naszych doświadczeń, t. j. do tych, gdzieśmy badali stosunki krążenia limfy przy zachowaniu prawidłowego krążenia krwi i przyjrzyjmy się wynikom tam otrzymanym, a raczej różnicom, a po części podobieństwu między nimi, a wynikami, otrzymanymi w doświadczeniach po wykluczeniu krążenia krwi i zastanówmy się nad przyczyną tego.

Początkowy okres po zanurzeniu zwierzęcia, czy to w ciepłej kąpieli, czy też zimnej, w przypadkach z zachowaniem prawidłowego krążenia krwi, odpowiada w zupełności temu, cośmy widzieli w doświadczeniach po wykluczeniu tego krążenia, t. j. mamy w kąpieli ciepłej przyśpieszenie wypływu limfy i zwiększenie jej ilości, w kąpieli zaś zimnej, po znaczniejszym wytrysku, zwolnienie wypływu limfy i zmniejszenie jej ilości; następny jednak okres po tej chwilowej przejściowej fazie przedstawia obraz wręcz przeciwny, t. j. mamy w kąpieli ciepłej coraz wolniejszy i coraz skąpszy wypływ limfy, w kąpieli zaś zimnej coraz szybszy i coraz obfitszy. Objawy początkowe byłyby następstwem stanu czynnego omówionych już nerwów naczynioruchowych, przyczyna zaś objawów okresu drugiego nie może być czem innem, jak wpływem zmienionych równocześnie pod zadziałaniem tej samej podniety stosunków krążenia krwi, boć, jak z góry zaznaczyłem, wszystkie inne warunki staraliśmy się zachować wszędzie jednakowe.

Jak ogólnię wiadomo, a co stwierdziliśmy i w obecnych naszych doświadczeniach, krążenie krwi pod wpływem bodźców termicznych ulega ogólnym zmianom: zmienia się ciśnienie, zmienia się czynność serca, jak również szybkość przepływającej krwi. Zmiana ciśnienia krwi, a raczej zmiana stosunku między ciśnieniem tętniczem, a żylnem wpływa, co zresztą jest rzeczą znaną, na odpływ zawartej już w naczyniach limfy; zmiana zaś ogólna w krążeniu musi bezsprzecznie wpływać na sprawę wytwarzania się limfy, czyli mamy skutkiem tego z jednej strony ułatwiony, względnie utrudniony, odpływ, z drugiej strony zwiększone, względnie zmniejszone, tworzenie się limfy, co razem wzięte z uwzględnieniem i wpływu nerwów naczynioruchowych chłonnych musi nam dać odmienne wyniki od tych, jakieśmy otrzymali po wykluczeniu wpływu krążenia krwionośnego.

Po przeprowadzeniu powyższych doświadczeń i po uczynieniu na podstawie uzyskanych wyników wyżej przytoczonych wniosków, obejrzałem się za pracami, odnoszącemi się do stosunków krążenia limfy już nie z zakresu hidroterapii, gdyż takich odnośnie do tej sprawy, jak to na początku wspomniałem, nie posiadamy, lecz za pracami z zakresu badań fizyologicznych wogóle, a to w celu, by się przekonać, czy nie znajdziemy danych, mogących poprzeć wysnute z naszych doświadczeń wnioski.

Między należącemi do tego przedmiotu pracami znachodzimy takie, które nam wykazują, że tak drobne naczynia chłonne, jak i przewód piersiowy, ulegają wpływom nerwowym i to, że tak te naczynia, jak i przewód piersiowy po zadrażnieniu pewnych nerwów się zwężają, po zadrażnieniu zaś innych, rozszerzają.

I tak Bert i Laffont[1]) wykazali, iż drobne naczynia chłonne krezkowe zmieniają swą pojemność nie tylko pod wpływem bezpośrednim pewnych bodźców, ale także drogą zadrażnienia pewnych nerwów, mianowicie, że naczynia te zwężają się po zadziałaniu bezpośredniem bodźców elektrycznych i mechanicznych, nadto, że zwężają się po zadrażnieniu nerwów krezkowych, a rozszerzają po zadrażnieniu nerwów trzewnych. L. Camus i E. Gley[2]) zauważyli zaś, iż po zadrażnieniu prądem przerywanym dolnego, czyli obwodowego odcinka przeciętego nerwu trzewnego następuje zmniejszenie się ciśnienia w zbiorniku (cysternie) chłonnym, a to skutkiem rozszerzenia się jego, poczem, po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, występuje zwiększenie się ciśnienia skutkiem następowego kurczenia się ścian zbiornika. Prócz tego zauważyli ci sami autorowie[3]), że po zadrażnieniu nerwu błędnego występuje zwężenie się przewodu piersiowego, po zadrażnieniu zaś obwodowej części nerwu trzewnego, jak i dolnej części nerwu kulszowego, — rozszerzenie. To samo spostrzeżenie przytacza w oddzielnej pracy sam Camus[4]), podając również, że zadrażnienie obwodowej części nerwu trzewnego wywołuje chwilowe rozszerzenie się przewodu piersiowego.

Przytoczone badania potwierdzają dosadnie nasze wnioski; wprawdzie Starling[5]) zaprzecza, jakoby układ nerwowy wywierał jakikolwiek wpływ na krążenie, względnie na stan naczyń chłonnych, lecz sądzę, że nasze doświadczenia rzecz tę dostatecznie wyjaśniły i udowodniły, i że z całą stanowczością przyjąć możemy istnienie nerwów ruchowych dla naczyń chłonnych, a zdanie Starlinga uważać za zupełnie w tym względzie odosobnione.

Owoż, na podstawie naszych spostrzeżeń, powiedzieliśmy przedewszystkiem, że nerwy naczynioruchowe dla naczyń chłonnych istnieją, i że stan ich czynny, wywołany zadrażnieniem powłok zewnętrznych przez bodziec termiczny o nizkim stopniu ciepła, nie tylko zwęża naczynia, ale i zwalnia ich ruch robaczkowy; wywołany przez zadrażnienie bodźcem o wysokiej ciepłocie — nie tylko naczynia rozszerza, ale i ruch robaczkowy przyspiesza.

Że ruch taki, któryśmy z objawów zauważonych przez nas, mianowicie z jakości, względnie chyżości, wypływu limfy, wywnioskowali, istnieje, to wykazali na naczyniach krezkowych u świnek morskich A. Haller, a u żab Collin, zaś na przewodzie piersiowym Bert i Laffont[6]), którzy po zadrażnieniu mechanicznem ściany przewodu zauważyli w miejscu zadrażnienia chwilowe jego zwężenie się z następowem rozszerzeniem i przenoszenie się ruchu tego na dalsze części; że zaś na szybkość ruchu tego bodźce termiczne w przyjętym przez nas kierunku wpływają, moglibyśmy się dopatrzeć potwierdzenia przynajmniej do pewnego stopnia w doświad-

[1]) Bert et Laffont. Influence du système nerveux sur les vaisseaux lymphatiques. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences* 1882).

[2]) L. Camus et E. Gley. Recherches sur les nerfs des vaisseux lymphatiques (*Arch. de Phys.* (5) VI. 2).

[3]) L. Camus et E. Gley. Recherches experimentales sur l'innervation du canal thoracique. (*Arch. de Phys.* (5) VII. 2).

[4]) L. Camus. Recherches sur les causes de la circulation lymphatique. (*Arch. de Phys.* (5) VI. 3).

[5]) Starling. The influence of mechanical factors on lymph production. (*The journal of physiol.* XVI. 3, 4, 1894).

[6]) Bert et Laffont. *Ut supra.*

czeniach Fubiniego i Spallity[7]), oraz w badaniach Welikyego[8]), którzy zauważyli, że ogrzanie rdzenia pacierzowego przyspiesza skurcze tak zwanych „serc chłonnych“ u żab, oziębienie zaś zwalnia.

Wreszcie, na podstawie otrzymanych wyników powiedzieliśmy, że nerwy naczynioruchowe chłonne nie są identyczne z podobnymi nerwami dla naczyń krwionośnych; zaś wobec wspomnianych doświadczeń Fubiniego et Spallity i Welikyego, którzy zauważyli zmianę w ruchach „serc chłonnych“ przez ogrzanie, względnie oziębienie, rdzenia pacierzowego, jak również wobec doświadczeń samego Welikyego[9]), który przez warstwowe niszczenie rdzenia wywoływał powolne stopniowe zaprzestawanie ruchów tych serc, przez doszczętne zaś zniszczenie — zupełny i stały ich spokój, — dodać możemy, że siedzibą ośrodków tych nerwów jest prawdopodobnie rdzeń pacierzowy.

Wracając teraz do naszego założenia, w krótkości powiedzieć możemy, że doświadczenia nasze udowodniły 1) że bodźce termiczne wywierają rzeczywiście wpływ na krążenie limfy nie tylko pośrednio, przez równoczesne zmiany w innych narządach, ale i bezpośrednio przez zmianę w pojemności samychże naczyń chłonnych, oraz, że bodźce termiczne o nizkim stopniu ciepła naczynia te zwężają, o wysokim zaś stopniu — rozszerzają; 2) udowodniły także, że przyczyna tych zmian leży w układzie nerwowym, czyli, że naczynia chłonne, podobnie jak naczynia krwionośne, podlegają takim samym wpływom, t. j. wpływowi nerwów naczynioruchowych, które zadrażnione na drodze odruchowej bodźcem termicznym o nizkim stopniu ciepła wywołują zwężenie tych naczyń, zadrażnione zaś bodźcem o wysokim stopniu ciepła — rozszerzenie, — nadto doświadczenia te wykazały, 3) że owe nerwy naczynioruchowe chłonne nie są identyczne z podobnymi nerwami dla naczyń krwionośnych, względnie, że stan ich czynny nie zależy od stosunków krążenia krwi.

Badania nasze dały wyniki o wartości przedewszystkiem teoretycznej, które jednak można wyzyskać i w kierunku praktycznym.

Strona teoretyczna polega na dowodzie, stwierdzającym istnienie nerwów naczynioruchowych chłonnych; — praktyczna zaś — jest wskazówką, jak należy postępować, gdy chodzi o pobudzenie i przyśpieszenie tak ogólnego, jak i miejscowego krążenia limfy.

Otóż w przypadkach tych, uwzględniwszy z jednej strony wpływ wymienionych nerwów, z drugiej wpływy uboczne, a przedewszystkiem wpływ równoczesnych zmian w krążeniu krwi, należałoby stósować zabiegi skombinowane, t. j. najpierw zabieg termiczny o wysokim stopniu ciepła, jak kąpiel ciepła, lub ciepły okład, bo skutkiem tego chłonienie limfy się wzmaga, — następnie zaś zabieg o nizkim stopniu ciepła, jak kąpiel zimna, zmycie miejscowe, lub natrysk zimny, bo znów skutkiem tego wypróżnianie się naczyń, względnie wylewanie się zawartej w nich treści do ogólnego obiegu krwi się ułatwia i przyśpiesza.

Widzimy zatem, że zabiegi wodolecznicze i w tym kierunku mogą znaleźć skuteczne i usprawiedliwione, bo na pewnikach fizyologicznych oparte, zastósowanie.

Opis przeprowadzonych doświadczeń.

Doświadczenie 1. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 15090 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania limfy. Ciepłota psa, mierzona w odbytnicy, 38·4° C. Limfę zbierano przez 30 minut i otrzymano 5·35 grm., poczem włożono psa do kąpieli 45° C. W pierwszej chwili prąd limfy się przyspiesza i ilość jej wzmaga tak, że w 15 minutach wynosi 5·12, następnie prąd wolniеje i ilość się zmniejsza i wynosi w drugich 15 minutach 0·86 grm. Po 30 minutach wyjęto psa z kąpieli. Ciepłota jego w odbytnicy wynosi 39·4° C. Zbierano limfę dalej przez 20 minut i otrzymano 0·16 grm. Po pauzie tej włożono psa do kąpieli 15° C. na 20 minut i otrzymano przez ten czas limfy 0·32 grm., poczem wyjęto psa z kąpieli. Ciepłota w odbytnicy wynosi obecnie 37·1° C. Dalszych doświadczeń musiano zaprzestać z powodu zbyt silnego krzepnięcia limfy.

Doświadczenie 2. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 18190 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy. Ciepłota psa w odbytnicy 37·6° C. Limfę zbierano przez 20 minut i otrzymano w pierwszych 10 minutach 8·63 grm., w następnych 10 minutach 7·62 grm., poczem włożono psa do kąpieli 14° C. na 6 minut. W czasie kąpieli zauważono po chwilowym obfitszym wytrysku zwolnienie wypływu limfy, w miarę zaś trwania kąpieli następowe przyśpieszenie. Ogólna ilość limfy, jaką w tym czasie otrzymano, wynosi 15·82 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli, którego ciepłota wynosi obecnie 35·8° C., otrzymano w 6 minutach ilość limfy 20·40 grm., w następnych 6 minutach 10·51 grm., poczem włożono psa do kąpieli 40° C. i pozostawiono w niej przez 16 minut. Po włożeniu do kąpieli zauważono początkowe zwiększenie się wypływu limfy i otrzymano w pierwszych 6 minutach 8·86 grm., w następnych zaś 10 minutach 12·61 grm. Z kąpieli ciepłej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez 16 minut. Po zanurzeniu zwierzęcia w kąpieli zimnej zauważono silny, nagły wypływ limfy, następnie chwiliwe zwolnienie wypływu, który w miarę trwania kąpieli coraz więcej się przyśpieszał, ilość zaś limfy, jaką otrzymano, wynosiła w pierwszych 6 minutach 7·3 grm., w dalszych 10 minutach 14·72 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 12 minut i otrzymano w pierwszych 6 minutach 5·68 grm., w następnych 6 minutach 6·14 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 28·6° C.

Doświadczenie 3. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 10390 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi 38·3° C. Limfę zbierano przez 20 minut i otrzymano 4·01 grm., następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 10 minut i zauważono początkowe przyśpieszenie wypływu limfy, następowo zaś zwolnienie, a ogólna ilość limfy otrzymana w tych 10 minutach wynosi 2·96 grm. Z kąpieli 40° C. przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 11° C. i pozostawiono w niej przez 10 minut i zauważono po chwilowym obfitszym wytrysku początkowe zwolnienie wypływu limfy, w miarę zaś trwania kąpieli przyśpieszenie, a ilość, jaką w tym czasie otrzymano, wynosi 9·27 grm. Z kąpieli 11° C. przeniesiono psa powtórnie do kąpieli 40° C. i zauważono początkowo przyśpieszenie, następowe zaś zwolnienie wypływu limfy, a ilość, jaką otrzymano w pierwszych 5 minutach, wynosi 2·51 grm., w następnych 10 minutach 2·41 grm. Z kąpieli 40° C. przeniesiono psa bezpośrednio po raz trzeci do kąpieli zimnej 12° C., pozostawiono w niej przez minut 15 i zauważono po chwilowym, obfitszym wytrysku limfy początkowe zwolnienie wypływu, z następowem dopiero przyśpieszeniem, a ilość limfy, jaką otrzymano w pierwszych 5 minutach, wynosi 4·93 grm., w następnych zaś 10 minutach 4·74 grm.

---

[7]) Fubini et Spallita. Einfluss der thermischen Erregungen auf die Bewegungen der Lymphherzen bei den Batrachiern. (*Molesch. Untersuch. z. Natur.* XIII. 1885).

[8]) W. Weliky. Einige Beiträge zur Histologie, Anatomie und Physiologie der Lymphherzen, Petersburg, 1884.

[9]) W. Weliky. *Ut supra.*

Po wyjęciu z ostatniej kąpieli zbierano limfę przez 10 minut i otrzymano 4·83 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 38·6° C.

D o ś w i a d c z e n i e 4. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 13590 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. Odsłoniętą tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. Zamiast odpreparowania przewodu piersiowego chłonnego postąpiono sposobem Gärtnera t. j. podwiązano żyłę podobojczykową (subclavia), szyjną (jugularis) i bezimienną (anonyma), a w zbiorniku (cysternie) chłonnym umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy.

Limfa po podwiązaniu żył zbiera się bardzo obficie, a po wprowadzeniu kaniuli wylewa się pełnym strumieniem tak, że w przeciągu pierwszych 2 minut wypływa 20·42 grm., w następnych 10 minutach 44·14 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie krwi opada. Limfa wypływa z początku obficie i szybko, następnie wolniej i skąpiej i daje ogólną ilość 22·15 grm.; z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono przez 6 minut. Ciśnienie tętnicze podnosi się. Limfa w pierwszej chwili nagle obficie wypływa, następnie wolniej, poczem wypływ się przyśpiesza i ilość zwiększa, a ogółem otrzymano w tym czasie limfy 24·98 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 23·50 grm.

Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 1·5 grm. wodnika chloralu. Ciśnienie krwi opada i utrzymuje się stale nizkie. Limfę zbierano przez 6 minut i otrzymano 12·06 grm., poczem włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze zostaje bez zmiany, limfa w pierwszej chwili obficiej wytryska, poczem wypływa stale wolno i skąpo, dając ogólną ilość 4·75 grm. Po wyjęciu z kąpieli zebrano limfy również w 6 minutach 11·34 grm.

Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 5 minut. Ciśnienie tętnicze pozostaje bez zmiany. Limfa wypływa coraz szybciej, dając w tym czasie ilość wynoszącą 12.51 grm. Z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany. Limfa nagle wytryska, poczem wypływa coraz wolniej, a ilość jej w tym czasie wydzielona wynosi 6·50 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli 10° C. otrzymano limfy przez przeciąg 6 minut 21·27 grm. Ponieważ ciśnienie krwi zaczyna okazywać pewne wahania, zastrzyknięto powtórnie 1 grm. wodnika chloralu. Po pauzie włożono psa powtórnie do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze nie zmienia się. Limfy, która wypływa coraz szybciej, otrzymano w tym czasie 4·77 grm. Następnie przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Ciśnienie tętnicze nie zmienia się. Limfa w pierwszej chwili wylewa się obficiej, potem coraz wolniej i skąpiej, dając ogólną ilość wynoszącą 1·02 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 11·06 grm.

Zrobiono krótką pauzę, poczem zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 4·71 grm., następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze się nie zmienia. Limfa wydziela się coraz szybciej i obficiej tak, że jej ilość otrzymana w tym czasie wynosi 6·86 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 4·41 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 35·2° C.

D o ś w i a d c z e n i e 5. Pies przez dwie doby głodzony, wagi 26290 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania limfy. Limfa wydziela się zmieszana z krwią i bezustannie krzepnie tak, że jej żadnym sposobem nie można zbierać. Wobec tego ograniczono się tylko do badania zachowania się ciśnienia krwi i ruchów serca pod wpływem bodźców termicznych. W tym celu połączono tętnicę udową z manometrem-kymografem, a po oznaczeniu prawidłowego ciśnienia krwi zanurzono psa w kąpieli 10° C. Ciśnienie podnosi się znacznie i utrzymuje prawie równo wysokie przez cały czas trwania kąpieli (6 minut), ruchy serca wolnieją. Z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 40° C. Ciśnienie po nieznacznych wahaniach obniża się i utrzymuje jako takie również przez cały czas trwania kąpieli (6 minut), ruchy serca się przyśpieszają.

Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 2 grm. wodnika chloralu w dawkach 0·5 grm. po sobie następujących. Ciśnienie w miarę zwiększania dawki obniża się, a po ostatniej dawce utrzymuje się stale nizkie.

Natenczas zanurzono psa w kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez minut 10. Ciśnienie nie zmienia się, aż dopiero pod koniec trwania kąpieli zaczyna się nieco podnosić, wtedy zastrzyknięto ponownie 0·5 grm. wodnika chloralu, poczem ciśnienie wraca do poprzedniego stanu i więcej nie ulega zmianie. Po wyjęciu psa z kąpieli 12° C. zanurzono go w kąpieli 40° C. i pozostawiono w niej minut 5. Ciśnienie nie zmienia się. Następnie drażniono powłoki zewnętrzne psa coraz silniejszym prądem przerywanym, co również pozostało bez wpływu na zachowanie się ciśnienia tętniczego.

D o ś w i a d c z e n i e 6. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 19590 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano podczas trwania doświadczenia w miarę potrzeby kurarę. Odsłoniętą tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. W przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wydzielającej się limfy. Limfę zbierano przez 15 minut i otrzymano 8·68 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C na 6 minut. Ciśnienie krwi nieco opadło, limfy zaś wydzieliło się 3·94 grm., przyczem zauważono, iż z początku limfa wypływała szybko i obficie, z czasem zaś coraz wolniej i skąpiej. Po 6 minutach wyjęto psa z kąpieli, zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 8·11 grm. Po tej pauzie włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut. Ciśnienie krwi podniosło się. Po zanurzeniu limfa nagle wypływa, następnie wolniej, pod koniec zaś coraz szybciej, a ogółem wydzieliło się jej w tym czasie 9·37 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zebrano limfy w przeciągu 6 minut 4·76 grm. Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 2 grm. wodnika chloralu, a skoro po tej dawce ciśnienie należycie nie opadło i okazywało pewne wahania, wstrzyknięto jeszcze 1 grm., poczem już ciśnienie utrzymywało się stale nizkie. Zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 2·15 grm., poczem zastósowano kąpiel 40° C., trwającą 6 minut, w czasie której limfa wydzielała się coraz szybciej i obficiej, dając ogólną ilość 9·34 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli przeczekano 6 minut i otrzymano w tym czasie limfy 7·51 grm.

Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut i zebrano limfy 6·25 grm., przyczem limfa po chwilowym obfitszym wypływie wydzielała się coraz wolniej i skąpiej. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 9·87 grm.

Zrobiono pauzę kilkuminutową. Po pauzie zaczęto zbierać limfę i otrzymano przez 6 minut 4·91 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Limfa wypływa coraz szybciej, dając ilość wynoszącą 5·35 grm., z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Limfa nagle wytryska, następnie wypływa coraz wolniej, dając ogólną ilość 1·73 grm. Po wyjęciu psa z ostatniej kąpieli otrzymano limfy przez 6 minut 4·71 grm. Po zastrzyknięciu wodnika chloralu ani kąpiel ciepła, ani zimna nie wywierały żadnego zgoła wpływu na ciśnienie krwi.

D o ś w i a d c z e n i e 7. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 13690 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano w miarę potrzeby kurarę. Tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę do odprowadzania wydzielającej się limfy. Zbierano limfę przez 16 minut i otrzymano w pierwszych 8 minutach 6·46 grm., w następnych 8 minutach 7·25 grm. Obecnie odsłonięto tętnicę szyjową, a po otwarciu jej wypuszczano krew. Ciśnienie w miarę odpływu krwi, stale opada, limfa wypływa obficie. Gdy ciśnienie opadło prawie do zera, zbierano limfę przez 3 minuty i otrzymano 6·89 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 3 minuty. Ciśnienie minimalnie na chwilkę się podnosi, poczem opada. Limfa w pierwszej chwili wypływa obficiej, poczem sączy się kroplami, dając w tym czasie ilość wynoszącą 0·59 grm. Z kąpieli zimnej przeniesiono psa do kąpieli 45° C. i pozostawiono również przez 3 minuty. Ciśnienie utrzymuje się na zerze, tętno powoli przestaje być widoczne. Limfa zaczyna wypływać coraz obficiej tak, że przez przeciąg 3 minut otrzymano 7·63 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. W pierwszej chwili wypływa kilka kropli limfy, poczem przestaje się wydzielać; z kąpieli tej przeniesiono psa do kąpieli cieplej 45° C. Limfa wypełnia kaniulkę i rurkę z nią połączoną, ale zaraz krzepnie. Po wyjęciu psa z kąpieli i po usunięciu skrzepów limfa wydziela się dalej.

D o ś w i a d c z e n i e 8. Pies wagi 9090 grm. Wieczór dnia poprzedniego i rano dnia tego, w którym robiono doświadczenie, nakarmiono psa śmietanką i smalcem. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano w miarę potrzeby kurarę. Otworzono jamę brzuszną, a po włożeniu psa do kąpieli 10° C., wydobyto pętlę jelita cienkiego wraz z krezką i spostrzegano zachowanie się drobnych naczyń chłonnych na ścianach jelita i na krezce. Naczynia te, ponieważ pies był świeżo tłuszczem nakarmiony, odznaczały się bardzo wyraźnie, jako białe linie grubsze i cieńsze, o zarysach ostrych. Przy badaniu zauważono, że naczyńka te tracą zarysy i powoli znikają, a obraz ten utrzy-

mywał się tak długo, jak długo kąpiel trwała. Pod koniec kąpieli włożono jelita do jamy brzusznej, a psa wyjęto z kąpieli. Po kilkuminutowej pauzie włożono psa do kąpieli 45° C. i równocześnie wyjęto pętlę jelita i krezkę i badano powtórnie zachowanie się naczyń chłonnych. Spostrzeganie wykazało, że naczyńka drobne pęcznieją, przedłużają się, względnie występują świeże, czyli, że istniejące, ale poprzednio niewidoczne rozszerzają się i wypełniają treścią. Stan ten trwał tak długo, jak długo stósowano kąpiel. Doświadczenia powyższe powtórzono kilka razy zawsze z tym samym wynikiem.

Obecnie zrobiono dłuższą przerwę, poczem wydobytą pętlę jelit polewano bezpośrednio wodą 10° C. i zauważono, że naczyńka chłonne w pierwszej chwili, t. j. bezpośrednio po polaniu zimną wodą się zwężają i zanikają, po pewnym czasie jednak następowo się rozszerzają. Następnie schowano pętlę jelit do jamy brzusznej, a po kilkuminutowej pauzie napowrót wydobyto i polewaną wodą 45°—50° C., spostrzegając zachowanie się naczyń chłonnych. Widocznych jednak zmian tym razem nie zauważono.

To ostatnie doświadczenie powtórzono również kilka razy i za każdym razem zrobiono te same spostrzeżenia.

III. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych.

Podał
Dr. Władysław Maleszewski,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Wyniki zatem doświadczeń nad wodą karlsbadzką schodzą się prawie zupełnie z wynikami doświadczeń na wyciętem sercu żaby, z czego niezawodnie wnosić należy, że ciepłota wody karslbadzkiej, wprowadzonej do żołądka, promieniując wywierała swój właściwy wpływ już na sam mięsień sercowy, jako taki. Jeżeli dalej uwzględnimy, że ciepłota wody wprowadzonej do żołądka drażni zakończenia nerwów błędnych w jego ścianach, a według Hermana również nerwy wątroby, śledziony i sieci, to działanie wody karlsbadzkiej gorącej lub zimnej łatwo sobie wytłomaczyć potrafimy. Słusznie zatem Stricker i Friedrich tłomaczą, że drażnienie włókien nerwu błędnego przechodzi na gałązki unerwiające serce i to w taki sposób, że wywołane podrażnienie przez zimną wodę drogą odruchu przechodzi na włókna zwalniające czynność serca, gdy tymczasem gorąca woda podrażnia włókna przyspieszające, jak również, że podrażnienie zimnej lub gorącej wody za pośrednictwem presorów i depresorów w nerwie błędnym przechodzi na ośrodki zwężające lub rozszerzające naczynia, przez co również różnice w ciśnieniu krwi zostają wyjaśnione. To się odnosi do wody o wysokiej lub niskiej ciepłocie; co się zaś tyczy wody letniej, to Winternitz tłomaczy jej wpływ na obniżenie ciśnienia wstrętem, który wywołuje, a który działa na depresory w nerwie błędnym.

Z chwilą ogłoszenia przez Oertla nowego leczenia gimnastyczno-dyetetycznego, zdawało się, że nastąpiła nowa era w leczeniu chorób sercowych. Z dnia na dzień nadchodziły liczne sprawozdania o korzystnem działaniu tego rodzaju leczenia, lecz nie brakło także i niedowiarków. W r. 1888. na Kongresie w Wiesbadenie Oertel zdawał sprawę ze swej metody i wtedy już liczni lekarze, jak Lichtheim, Schott, Kisch i inni stawili czoło niektórym wywodom autora. Za jedną z pierwszych zasad w leczeniu wad sercowych, szczególnie niewyrównanych, uważa Oertel zmniejszenie wszelkich płynów, przyjmowanych przez chorego, do *minimum*. Nie mnie sądzić czy słuszne, czy niesłuszne zapatrywanie Oertla w tym względzie: zaznaczę jednak tyle, że zasada, na której Oertel opiera swe twierdzenie, została zachwianą przez licznych badaczy. Zasada Oertla, jakoby w pewnych okresach zaburzeń w krążeniu wytwarzać się musiała wodnistość krwi, czyli krwistość surowicza *(plethora serosa seu hydraemica)*, powstająca wskutek nagromadzenia się zbyt wielkiej ilości wody w krążeniu nie zupełnie odpowiada wynikom doświadczeń innych autorów. Przyczyny dla takiej wodnistości krwi szuka Oertel w niestosunku pomiędzy ilością płynów przyjmowanych i ilością wydzielanych, zmniejszoną wskutek niedomogi serca. Bamberger, a potem Lichtheim wystąpili energicznie przeciwko teoryi zboczenia wyrównania serca, postawionej przez Oertla. Lichtheim z szeregu obliczeń ilości ciałek czerwonych we krwi przed i po wypiciu płynów, przyszedł do przekonania, że gęstość krwi różni się od siebie w tych obu przypadkach tylko w bardzo małym stopniu. Benczur i Csatary wykazali również, że gęstość krwi nie idzie w parze ze wzrostem lub znikaniem obrzęków, a nawet dowiedli, że w tętnicach nieraz wzrasta, w miarę wzrostu niewyrównania. Grawitz również zaprzecza istnieniu wodnistości krwi w przypadkach niewyrównania wady sercowej i twierdzi, że woda u chorych z puchliną gromadzi się nie w samej krwi, lecz w przetworach międzytkaninowych; Piotrowski zaś wykazuje, że ilość wody w ustroju (bilans wodny) wybitnego wpływu na stan krwi nie wywiera, dowodząc tem, że po znacznej polyuryi ilość erytrocytów we krwi zwiększa się zaledwie nieznacznie. Basch potwierdza także wyniki tamtych autorów. Kisch, badając krew u 100 chorych, *(Lipomatosis universalis)* przyszedł do przekonania, że wodnistości krwi u otyłych wykazać nie można, wbrew zdaniu Oertla, w 88% bowiem u mężczyzn, a w 66% u kobiet ilość stałych składników była zwiększona. Zdanie Schotta w tym względzie nie różni się prawie od innych badaczy. Schulz i Nasse wykazali, że różnica ilości wody we krwi po obfitem piciu i długiem wstrzymywaniu się od wszelkich napojów wynosiła zaledwie 5·7%. Lecanu przyszedł do tych samych wyników. Magendie i Denis nie spostrzegali obniżenia ciężaru gatunkowego krwi po obfitem przyjęciu płynów, a Leichterstern nie wykazał w tych samych warunkach zmniejszenia ilości hemoglobiny. Z kolei Böcker udowodnił, że zwiększenie ilości wody we krwi spostrzegać można 15 minut po przyjęciu wody w ilości kilku litrów; w pół godziny jednakże krew staje się gęstsza niż po 24 godzinnem wstrzymywaniu się od wszelkich płynów. Regéczy zaś, który dokonywał wiele przetoczeń (transfuzyj) i upustów krwi, zbija zupełnie wnioski Worm-Müllera, którzy bronili teoryi przystosowania się naczyń przy wprowadzeniu płynu do krążenia, lub jego ujęciu. Autor ten twierdzi, że względna niezależność ciśnienia krwi od ujęcia lub wprowadzenia płynu polega na tem, że mimo tych zabiegów w naczyniach wskutek dyffuzyi, przesączania się (filtracyi) i wydzielania się (sekrecyi) ilość płynu zostaje zawsze jedna i tasama. Wstrzykując do żyły roztwór fizyologiczny soli kuchennej nie otrzymujemy takiego rozcieńczenia krwi, jakiego spodziewać się należało. Autor twierdzi, że po przetoczeniu krew gęstnieje,

a po upuście krwi rozcieńcza się znacznie (wsysa ciecz z otoczenia). Stintzing i Gumprecht przemawiają za istnieniem wodnistości krwi w przypadkach zaburzeń w krążeniu; ilość wody bowiem w szeregu spostrzeżeń, wykazują zwiększoną. Manon, obliczając ilość wody i ilość białka we krwi u chorych stanowczo zaprzecza wodnistości krwi, z wyjątkiem jeżeli równocześnie istnieje niedokrewność. Dastre i Loye opisują, że przy przetoczeniu krwi ciśnienie jej pozostaje jednakie i że ile wpłynęło cieczy do żyły, tyle wypłynęło cewnikiem moczu w jednej jednostce czasu.

Z tych więc wszystkich badań musimy uwierzyć, że przyjmowanie płynów, nawet w większych ilościach na raz, nie wywołuje wodnistości krwi. Chcąc następnie przyjść do pojęcia o korzyściach osiąganych przy znacznej redukcyi płynów u chorych z wadą sercową, musimy zastanowić się nad tem, jakie ujemne skutki tego rodzaju redukcya sprowadzić może. Rosenfeld zauważył u chorego zapalenie nerek, jako następstwo wielkiego ograniczenia płynów, wskutek czego również i Schott spostrzegał nieraz u chorych różnego rodzaju stany nerwowe, omdlenia, zawroty głowy, neurastenię, niestrawność, nieżyty żołądka, osłabienie serca, a nawet napady udarowe. Mendel podaje, że stosując kilkakrotnie leczenie Oertlowskie, spotkał się z udarem wybroczynowym i skrzepowym, a przytem dowodzi, że napad udarowy stał w bezpośrednim związku z redukcyą przyjmowanych przez chorego płynów.

Przeszedłszy z kolei te przypadki, gdzie wielkie ilości płynu (mleka) podajemy w celach leczniczych i to z pomyślnym skutkiem, staniemy na rozdrożu i zapewne pośredniej drogi szukać zaczniemy. Trudno zaprzeczyć, że wypadek A. Högerstedta z Dorpatu daje nam dużo do myślenia. Autor ten bowiem opisuje chorą ze *stenosis mitralis incompensata*, której podając, zacząwszy od łyżki co 2 godziny, doszedłszy do 2500 grm. dziennie mleka, powrócił chorej wyrównanie (kompensacyę) wtedy, kiedy już naparstnica pozostawała bez skutku, kiedy wskutek tego rodzaju leczenia, tętno z szybkiego zeszło do normy, ilość moczu znacznie się zwiększyła, ilość białka w moczu zmalała, obrzęki ustąpiły i to już po dniach kilku i kiedy z chwilą przerwania tego rodzaju leczenia natychmiast wracał stan dawny, stan niewyrównania. Z tego widzimy, że w tym przypadku płyn jako taki i to w wielkiej ilości podawany nie przyczynił się do zwiększenia objawów niewyrównania, lecz owszem był jedyną i bezpośrednią przyczyną poprawy stanu chorej. Błąkamy się zatem w całej sieci zdań, które napotyka na swej drodze teorya zbawiennego ograniczania płynów u chorych sercowych. Przysparzać organizmowi bezpotrzebnie płynów, jako takich, w warunkach, kiedy moczenie (diureza) jest i tak znacznie upośledzone wskutek niedomogi serca, nie byłoby słusznem, ale, jeżeli weźmiemy pod uwagę złe skutki, których spodziewać się można przy znacznej redukcyi płynów, będącej nieraz prawdziwą torturą dla chorego i niejednokrotnie znakomite wyniki leczenia mlecznego, to kto wie, jak jeszcze odpowiedź wypaść może. Zastanówmy się przytem nad przedziwnie korzystnym wpływem mleka i to w wielkich ilościach podawanego; przyczyny tego upatrywać będziemy w własnościach moczopędnych laktozy, jak również w usunięciu toksemicznych objawów wprowadzeniem do ustroju mleka ubogiego w azot.

Widzimy zatem, że skład chemiczny płynu, jego farmakodynamiczne własności, ilość, sposób podania i t. d. grają niepoślednią rolę w działaniu na ustrój i że należy płyny, podawane chorym, cierpiącym na serce, dobrze rozróżniczkować, aby przyjść do pewnych wniosków co do ich działania. Zastanowiwszy się przeto nad różnicą własności wody zwyczajnej, wody karlsbadzkiej i płynnych pokarmów, odważyć się możemy na zasadzie wyników doświadczeń, popartych teoretycznem rozumowaniem, wyprowadzić wnioski, mogące posłużyć nieraz za wskazówkę w leczeniu karlsbadzkiem, zastrzegając sobie na przyszłość w tym kierunku zdanie, oparte na liczniejszych spostrzeżeniach i większem doświadczeniu.

Woda zwyczajna zawierająca zaledwie minimalną ilość składników chemicznych (soli nieorganicznych), wprowadzona do żołądka, przy mniej lub więcej nieupośledzonych jego czynnościach, zostaje w dość krótkim czasie wessana i do krążenia ogólnego wprowadzona. Nie twierdzę przez to, aby ta woda w całości pozostawała w krążeniu, lecz mam na myśli szybkość, z jaką znika z przewodu pokarmowego. Otóż woda zwyczajna, podana w dużych ilościach „przepłókuje“ krew, bez innych zresztą wpływów wybitniejszych na ustrój. W wodzie karlsbadzkiej spostrzegamy cały szereg własności farmakodynamicznych, których woda zwyczajna nie posiada.

Same już własności endosmotyczne wody karlsbadzkiej są w znacznym stopniu inne, niżeli wody zwyczajnej. Wogóle, na zasadzie endosmozy i egzosmozy łatwość przejścia płynów przez błony zwierzęce stoi w prostym stosunku do różnicy ilości soli w obu płynach, przyczem woda zdąża zawsze w kierunku płynu o większej ich zawartości. Z tego wypływa, że szybkość, z jaką zostają wessane woda zwyczajna i woda karlsbadzka, ze względu na skład chemiczny wychodzi na niekorzyść tej ostatniej. Ciepłota wody również wywiera duży wpływ na jej resorbcyę, woda gorąca bowiem prędzej znika z przewodu pokarmowego, niż woda zimna w tych samych warunkach (Jaworski).

Kisch tak pisze o własnościach farmakodynamicznych wód glauberskich: Wody alkaliczno-glauberskie zawdzięczają swe działanie siarkanowi sodowemu, który w nich znajduje się w połączeniu z węglanem i chlorkiem sodowym i z bezwodnikiem kwasu węglowego. Główne działanie siarkanu sodowego leży w pobudzeniu ruchów robaczkowych jelit, wywołaniu stolca, rozmiękczeniu i rozwodnieniu kału. Wskutek silnych ruchów robaczkowych, które wywołuje siarkan sodowy odruchowo drażniąc zakończenia nerwowe żołądka i jelit, przyspiesza ruch krwi w zakresie żyły bramnej i ułatwia krążenie w wątrobie.

Przypisują następnie siarkanowi sodowemu szczególny wpływ na przemianę materyi, który polega na tem, że skrobia i tłuszcze w ustroju szybciej zużytkowane zostają. Seegen twierdzi, że sól glauberska zwalnia i upośledza rozpad białka w ustroju na korzyść tłuszczów. Voit zaś temu zaprzecza. Jednakże jest faktem, że mierne ilości wód glauberskich zmniejszają ilość tłuszczu w ustroju, bez wychudzenia mięśni, upośledzenia łaknienia, trawienia, przyswajania, stanu ogólnego, bez znacznej utraty białka. Wskutek tych wszystkich własności wody glauberskie zalecić należy tam, gdzie istnieje niestosunek między siłą popędową i oporami w krążeniu, którego przyczyny szukać należy w zaleganiu treści kałowej, nawykowem zaparciu stolca, krwistości trzewnej *(plethora ab-*

dominalis) wskutek siedzącego trybu życia i t. d. Przekrwienie błony śluzowej żołądka i kiszek, przekrwienie i powiększenie wątroby, przepełnienie krwią żył hemoroidalnych, oto są zwykłe następstwa tego rodzaju zastojów brzusznych, które wody glauberskie w większym lub mniejszym stopniu usuwać są zdolne, usuwając tem samem przeszkody w krążeniu i ułatwiając tym sposobem pracę dla serca.

Siarkan sodowy jako taki nie wywiera żadnego większego widomego wpływu na krążenie. Hay bowiem dopiero po bardzo dużych dawkach tej soli zauważył spadek ciepłoty o 0·5°C., zimne ręce i nogi, dreszcze, objawy, które przypisuje zwężeniu naczyń obwodowych; liczba tętna przytem nieco się zwiększyła, jak również i ciśnienie w średnich tętniczkach, przeciwnie zaś ciśnienie włosowate opadło. Zmiany te przypisuje autor ten podrażnieniu bezpośredniemu ścianek naczyń przez sól wessaną.

Nothnagel i Rossbach piszą: sól glauberska podawaną być winna wtedy, kiedy ustrojowi należy ująć wody, jak w puchlinach, gdzie wydzielanie wody przez nerki bywa albo bardzo upośledzone, albo jeszcze wspomożonem być musi, w wadach sercowych, rozedmie płuc, przewlekłem zapaleniu nerek. W ten sposób przypisać należy siarkanowi sodowemu własności odciągające z ustroju wodę w mniejszym lub większym stopniu, zależnie od stanu chorego, od ilości i od rozcieńczenia, w jakiem podawany zostaje.

Dalsze składniki wody karlsbadzkiej, chlorek i węglan sodowy, również wywierają dodatni wpływ na resorbcyę wody. Doświadczenie Liebiga wyjaśniają nam sprawy pod tym względem zupełnie. Węglan sodowy wywiera przytem dodatni wpływ na przemianę materyi, a więc ułatwia pracę serca. Co się tyczy CO_2, to ilość jego jest tak minimalna w wodzie karlsbadzkiej (1,898 — 6,653 na 10,000 części wody), że trudno brać pod uwagę wpływ jego, ułatwiający resorbcyę (Quinke). Inne składniki wody karlsbadzkiej są w tak nieznacznych ilościach, że trudno im przypisywać jakikolwiek dodatni lub ujemny wpływ na krążenie.

Uwzględniwszy zatem to wszystko, można poniekąd pewne wyprowadzić wnioski co do leczenia wodą karlsbadzką wobec istniejącej wady sercowej.

A) Woda karlsbadzka w niewielkiej ilości na raz podana nie przedstawia niebezpieczeństwa dla serca patologicznego:

1) Nie wywołuje wodnistości krwi.

2) Opory w krążeniu po wypiciu wody karlsbadzkiej są mniejsze niż po wodzie zwyczajnej, wessalność bowiem wody karlsbadzkiej jest trudniejsza, niż wody zwyczajnej.

3) Ma poniekąd własności odciągające wodę z ustroju (Kisch).

4) Zmiany w parciu krwi i sprężystości tętnic są tylko nieznaczne i krótkotrwałe.

5) Różnica między ilością dobową płynów przyjętych i moczu nie zostaje zachwianą wskutek picia wody karlsbadzkiej w miernych ilościach.

B) Woda karlsbadzka ułatwia pracę sercu wogóle:

1) Usuwając zastoje żylne w jamie brzusznej, przedstawiające opory dla serca.

2) Regulując trawienie żołądka i kiszek i wpływając tym sposobem korzystnie na odżywienie i wzmocnienie ustroju.

3) Przyczyniając się do spalania tłuszczu ustrojowego, zaoszczędzając białko, które stanowi siłę ustroju i samego mięśnia sercowego.

4) Ułatwiając przemianę materyi w znacznym stopniu, a tem samem ujmując pracy sercu.

C) Woda karlsbadzka powinna być stosowana w przypadkach istniejącej równocześnie wady sercowej w następujący sposób:

1) Leczenie wogóle ma być umiarkowane.

2) Woda ma być polecana o niezbyt wysokiej ciepłocie (35°—40°C), aby nie wywoływać choćby chwilowych nagłych różnic w parciu krwi, a temsamem nie wyprowadzać serca chociażby na krótki przeciąg czasu z równowagi.

3) Odstępy pomiędzy kubkami powinny być nie krótsze, jak 20 minutowe.

4) Zaczynać od mniejszych ilości i średniej ciepłoty, podwyższając, jeżeli znajdzie się wskazanie do tego, a serce okaże się dość silne.

5) Ilość dzienną wody potrzebnej do leczenia rozdzielić na dwie części, jedną naczczo, a drugą wieczorem, aby zbytnio nie wyczerpać serca jednorazowem podaniem naczczo, jak to zazwyczaj w większości przypadków stosowanem bywa.

6) Wrazie osłabienia serca, a potrzeby koniecznej dalszego leczenia karlsbadzkiego, ze względu na stan chorobowy wątroby, żołądka i t. d. podtrzymywać należy serce miernemi dawkami środków nasercowych (strofant i. t. p.).

7) Korzystnem jest ograniczyć ilość przyjmowanych płynnych pokarmów, aby ogólna ilość dobowa płynów podczas picia wody karlsbadzkiej nie różniła się wiele od ilości przed rozpoczęciem leczenia.

8) Wskazaną jest pożywna dyeta.

9) Bacznie unikać tego wszystkiego, co nie mając wspólności z leczeniem, może wpłynąć niekorzystnie na ustrój, wycieńczając go niepotrzebnie.

Oto są ogólne wyniki, do jakich dojść mogłem na zasadzie doświadczeń na chorych i zdrowych, używając wody flaszkowej karlsbadzkiej ze zdroju Mühlbrunn. Czy wyniki doświadczeń w tym samym kierunku z wodą prosto ze źródła doprowadzą mnie do tych samych wniosków, czy też do innych, przesądzać naprzód nie chcę — przyszłość okaże.

Na tem miejscu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia najserdeczniejszego podziękowania Czcigodnemu memu Szefowi, Radcy Dworu Prof. Dr. Korczyńskiemu za zachętę do pracy, za udzielony mi łaskawie i chętnie materyał kliniczny i za cenne rady, któremi mię obdarzać raczył. Prof. Jaworskiemu za łaskawie udzielane mi niejednokrotnie wskazówki przy pracy, Prof. Kleckiemu za odstąpienie mi swej pracowni do doświadczeń, jakoteż Drom Flisowi i Witalińskiemu za pomoc przy doświadczeniach na zwierzętach, na tem miejscu składam również serdeczne podziękowanie.

Literatura.

1. Balneo-Therapeutisches Lexikon. E H. Kisch. 1897.
2. Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin. Wiesbaden 1888.
3. Lehrbuch der Balneotherapie. J. Glax 1897.
4. Über die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magenfunktion. Jaworski 1885.
5. Beobachtungen und Betrachtungen über die Trinktemperaturen der Karlsbader Thermen. Jaworski 1884.
6. Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. W. Pisek 1899.
7. Hydroterapija. St. Smoleński 1889.
8. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten Pentzoldt u. Stintzing 1897.

Dr. J. Heitzmann. **Niebezpieczeństwa przy leczeniu śródmacicznem.** (*Med. Chir. Centrl. Blatt*, Nr. 14, 1899). W pierwszym rzędzie autor wskazuje na niebezpieczeństwa, jakie pociągać za sobą może sondowanie macicy nawet przez najwprawniejszego lekarza (łatwo przebić można macicę sondą), dlatego nie należy sondy używać nigdy bez koniecznej potrzeby, a jeśli się jej użyć musi, to przedtem trzeba przez badanie uzyskać dokładny obraz położenia, wielkości i zbitości macicy. Sondowanie jest konieczne tylko w przypadkach, gdzie chcemy stwierdzić jak się zachowuje błona śluzowa, jeżeli wobec kilku guzów w miednicy niemożna w inny sposób oznaczyć kierunku i wielkości macicy, wreszcie sondowanie poprzedza zawsze wprowadzenie innych narzędzi do macicy. Sondować powinno się tylko we wzierniku pod kontrolą wzroku. Znaczne niebezpieczeństwo przedstawia sondowanie macicy wiotkiej, jak przy zatrzymaniu resztek łożyska lub jaja płodowego; w celu uniknienia tego radzi autor najpierw użyć przy krwawieniach z macicy wiotkiej gorących wystrzykiwań do pochwy, jakoteż szczelnej tamponady macicy i pochwy; sądzi on, że tą drogą w większości przypadków można dojść do celu.

W dalszym ciągu istnieje niebezpieczeństwo przy użyciu kleszczyków polipowych, ostrej łyżeczki, przestrzykiwaniu jamy macicy obfitymi ilościami, waporyzacyi, przestrzykiwaniu jamy macicy strzykawką Brauna. Przestrzykiwanie jamy macicy po każdym zabiegu śródmacicznym uważa autor co najmniej za zbyteczne, gdyż sądzi, że często przy łatwej drożności trąbek płyn użyty dostaje się na otrzewnę.

St. D.

Prof. Dührssen. **O zapobieganiu rakowi macicy.** (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 4, 1899). Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Schrödera, że rak macicy przydarza się u kobiet, żyjących w trudnych warunkach, a przychyla się do zdania Wiliamsa, że to schorzenie zdarza się częściej u osób żyjących w dobrobycie, a udowadnia to tem, że liczba przypadków raka macicy zwiększa się właśnie w tych krajach, gdzie ogólny dobrobyt rośnie. Wiek, w którym kobiety najwięcej są narażone na nabycie raka, jest 40—50 rok życia, a śmiertelność kobiet w tym wieku z powodu raka macicy dochodzi do 2%.

Aby temu groźnemu schorzeniu zapobiedz, należy ogół pouczyć o pierwszych objawach, jakie rak macicy wywołuje, należy każdą kobietę, zgłaszającą się z objawami wczesnymi raka zbadać według wszelkich możliwych sposobów badania, wreszcie podnieść należy inteligencyę ogółu kobiet do tego poziomu, by każda zgodziła się na natychmiastowe wyjęcie macicy. Gdyby zaś w zapobieganiu temu schorzeniu można dążyć do ideału, to u każdej kobiety w okresie ustawania życia płciowego, zgłaszającej się z powodu krwawień i podejrzanych upławów, należałoby zniszczyć w zupełności błonę śluzową całej macicy, lub też szyi, do czego nadawałoby się wyparzenie macicy (vaporisatio), lub wycięcie błony śluzowej macicy sposobem Dührssena, w końcu wysoka amputacya szyi Schrödera, bo błona śluzowa, zwłaszcza szyi, względnie nadżerki, daje najczęściej początek rakowi. Zabieg ten porównuje autor z wycięciem sutka, które chirurg wykonuje w każdym przypadku, gdzie nie może napewno rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z guzem dobrotliwym, czy też złośliwym.

St. D.

Prof. Dr. Assaky (Bukarest): **Autoplastyka po odjęciu sutka zajętego rakiem.** (*Münch. med. Wchschr.*, Nr. 10, 1899). Niedawno H. Graeve i Segueu zalecali, aby w razie rozległej amputacyi sutka, wykonanej z jakiejkolwiek przyczyny, pokryć braki w skórze przez uruchomienie sutka zdrowego i przesunięcie go ku linii środkowej ciała. Metody tej używa Assaky i wykonuje ją w sposób następujący: Po odjęciu sutka i wyjęciu gruczołów (pachę oczyszcza z cięcia wzdłuż zewnętrznego brzegu m. piersiowego dużego), zeszywa skórę o ile to jest możliwem. Następnie od górnego i dolnego brzegu niepokrytego jeszcze ubytku prowadzi w stronę zdrowego sutka dwa cięcia równoległe, które w górze i w dole do obwodu tego sutka przedstawiają styczne. Oddziela teraz od podstawy ten podłużny prostokątny płat, zawierający oczywiście sutek, poczem dodaje jeszcze dwa cięcia wzdłuż górnego i dolnego promienia prostopadłego sutka — i tak udaje mu się płat znacznie wydłużyć, przeciągnąć brzeg wolny ponad miejsce, z którego odjęto sutek chory i zespoić brzegi skórne. Sposobowi temu możnaby zarzucić, że nie jest estetycznym, co mu jednak, wobec ważności cierpienia, ujmy nie przynosi. Gorszem już bywa to, że czasami obumiera krawędź wolna.

Herman

Prof. A. Hoffa: **Przyczynek do leczenia mydłem szarem miejscowych schorzeń gruźliczych.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, Nr. 9, 1899). W artykule, przeładowanym superlatywami, zaleca H. wcieranie mydła szarego, jako dzielny środek pomocniczo działający, obok innych znanych sposobów, stosowanych przeciw tak zw. gruźlicy chirurgicznej. Środek ten już dawniej zalecali Kapester i Kollmann, a H. ogłoszeniem swem stara się go wyrwać z toni zapomnienia, po nabyciu doświadczenia korzystnego pod każdym względem w przeciągu 12-stu lat na 200 chorych. Używać należy odmiany „*sapo kalinus venalis transparens*“; wciera się je w ilości 25—40 grm. dwa razy tygodniowo w skórę karku, pleców i t. d., aż do pięt. Po wtarciu pozostawia się mydło na skórze przez pół godziny i w końcu zmywa gąbką zmaczaną w ciepłej wodzie. Co tu działa, że gruźlica stawów, gruźlicze obrzęki gruczołów, leczone równocześnie innemi znanemi metodami, o wiele szybciej ustępują, że stan ogólny chorych w czasie tych nacierań znacznie się poprawia, nie wiemy. Jedni sądzą, że mydło zobojętnia kwas mlekowy w ustroju, inni dopatrują się wpływu korzystnego w zwiększonej alkalescencyi krwi, co ma przyśpieszać przemianę materyi, jak tego miałaby dowodzić zwiększająca się ilość moczu, a wreszcie są i tacy, którzy sądzą, że nie chodzi tu o nic innego, jak tylko o korzystny wpływ miesienia.

Herman.

Prof. Dührssen: **Cięcie cesarskie drogą pochwy.** (*Berlin. klin. Wochenschrift*, Nr. 6, 1899). Przedstawiwszy złe następstwa zwykłego cięcia cesarskiego, stara się autor udowodnić, że w pewnych przypadkach cięcie cesarskie od pochwy ma pewną wyższość nad cięciem cesarskiem typowem. Jako wskazanie do operowania drogą pochwy uważa autor: 1) schorzenie części pochwowej i dolnego odcinka macicy; 2) groźny stan matki, który jednak daje rękojmię poprawy po szybkiem wypróżnieniu macicy; 3) schorzenia, z powodu których śmierć matki na pewne nastąpić musi. Operacyę tę wykonuje autor bez otwarcia otrzewnej i zwraca uwagę, że można ją tak dobrze wykonać u kobiety ciężarnej, jako też i tam, gdzie już poród się rozpoczął. Przy późnej ciąży i równoczesnym raku macicy radzi autor cięcie cesarskie drogą pochwy z natychmiastowem usunięciem tą samą drogą macicy i zupełnie słusznie wynosi ten sposób nad metodę, podaną przez Olshausena, która polega na wykonaniu cięcia cesarskiego drogą brzuszną z następowem wyjęciem macicy drogą pochwy. Sposób podany przez autora wymaga znacznie mniej czasu, a i śmiertelność po nim wynosi tylko 27%, gdyż łatwiej ustrzedz się można przed zakażeniem. Podnoszona obawa silniejszych krwotoków jest płonna, gdyż, jak autor się przekonał, przy tym sposobie operowania chora nie traci więcej krwi, aniżeli przy zwyczajnym porodzie.

St. D.

Dr. F. Horn. **O postępowaniu z pępowiną u noworodków.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 12, 1899). Do przyspieszenia zeschnięcia (mumifikacyi) pępowiny, pozostawionej przy pępku noworodka, przyczynia się wielce sucha wysoka ciepłota, a przeszkadza jej wilgoć i zamknięcie dostępu powietrza. Autor za radą Strumpf-Wernecka używał do opatrywania pępowiny miałkiej gliny, przyczem nie kąpał noworodków aż do czasu odpadnięcia pępowiny. Wyniki, jakie autor otrzymał przy tym sposobie postępowania były tak dobre, że sądzi, że tę metodę należy wprowadzić do ogólnego użytku.

St. D.

VI. Korespondencye.

Warszawa w kwietniu.

W poprzednich korespondencyach opisałem Wam pierwsze zaczątki naszego Towarzystwa higienicznego, instytucyi młodej, dawno przez nas upragnionej, na której wielkie pokładamy nadzieje. Ze wszystkich naszych pism lekarskich (obyście je prenumerowali i czytali!) możecie się dowiedzieć o przebiegu rozpraw i działalności Towarzystwa. Tam znajdziecie szczegóły i do pewnego stopnia urzędowne dane, których tu powtarzać nie będę. Mojem zadaniem będzie skreślenie ogólnego rzutu oka na dotychczasową działalność Towarzystwa i jego stosunku do potrzeb naszego społeczeństwa. Potrzeb tych pod względem higieny jest bez liku. Wiadomo, iż jesteśmy narodem, który się nie kąpie, nędznie odżywia, brudno i ciasno mieszka, — narodem dziesiątkowanym przez ospę i gruźlicę. Brak nam szpitali, porządnych szkół, ochron, przytułków dla kalek i starców, brak domów dla obłąkanych i t. d. i t. d. Niedaleko jednak zaszłoby nasze Towarzystwo, gdyby chciało te wszystkie sprawy tylko platonicznie „poruszać“. Nie „ruszyłoby“ wtedy z miejsca naprawdę ani jednej sprawy. Towarzystwu chodzi o wyszukiwanie spraw najpilniejszych, możliwych do załatwienia przy współudziale władz i ogółu. Towarzystwo samo wynajduje środki i plan działania, stara się wprowadzać w czyn wszystkie swoje projekty, odwołując się do pomocy władz za pośrednictwem Rady Towarzystwa, a do pomocy ogółu za pośrednictwem prasy, która się bardzo żywo sprawami Towarzystwa zajmuje. W ten sposób zostały postawione na porządku dziennym dwie sprawy higieniczne: szczepienie ospy i uzdrowiska dla suchotników.

Szczepienie ospy znajduje się u nas w zaniedbaniu, zwłaszcza w niektórych powiatach; rewakcynacya mało jest w użyciu, stąd też ospa dużo jeszcze u nas zabiera ofiar. W Warszawie n. p. umiera corocznie z ospy około 300 osób, a niedawno jeszcze bywały lata, że liczba ta była 3 razy większą. Wydział higieny ludowej energicznie zajął się poprawą szczepienia ospy. Przewodniczący Wydziału, Dr. Chełchowski, zebrał bardzo obfity materyał historyczno-statystyczny i ogłosił go w osobnej pracy, drukującej się obecnie w *Gazecie lekarskiej*. Odezwy, nawołujące do szczepienia ospy, rozesłano do duchowieństwa, właścicieli fabryk, rolników, nauczycieli, do wszystkich zdrojowisk i miejscowości leczniczych. Towarzystwo stara się o pozwolenie założenia swoich własnych stacyj do bezpłatnego szczepienia ospy (niezależnie od już istniejących). Dla oświecania najbiedniejszej ludności odbywać się będą popularne odczyty o ospie i szczepieniu krowianki w różnych punktach Warszawy i w całym kraju, oraz wydaną zostanie popularna książeczka o ospie z kolorowanymi bardzo efektownymi rysunkami. Prócz tego Dr. J. Polak wygotował memoryał, przedstawiający możliwość i potrzebę wprowadzenia u nas w kraju obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej. Memoryał ten, jak słychać, został przychylnie przyjęty przez p. generał-gubernatora.

Sprawa uzdrowisk dla suchotników została poruszona na wydziale higieny szpitali przez Dra Dunina (przewodniczącego tej sekcyi). W bardzo pięknej pracy, która jest owocem kilkoletnich studyów (odczyt kliniczny — *Walka z gruźlicą)*, Dunin motywuje swoje poglądy na pilną potrzebę walki z gruźlicą. Walka ta jest konieczną, bo gruźlica zabiera więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne razem wzięte; walka ta jest możliwą, bo profilaktyka i leczenie już istniejącej gruźlicy daje dobre wyniki. Jedyną racyonalną bronią przeciwko gruźlicy jest odosobnienie suchotników i leczenie ich w odpowiednio urządzonych sanatoryach. Inicyatywa urządzania sanatoryów powinna wyjść od ogółu; państwo i organy samorządu tę inicyatywę poprą i zarazem ją na szeroką skalę rozwiną. Nawoływania Dunina sprawiły, iż ofiarność publiczna dostarczyła w krótkim stosunkowo czasie przeszło 40.000 rubli na budowę pierwszego sanatoryum. Lekarze z inicyatywy *Gazety lekarskiej* składają osobno ofiary na wybudowanie „pawilonu lub sali lekarzy“. Dunin razem z budowniczym Lilpopem (synem) wygotowali projekt budowy sanatoryum na 160 chorych. Kosztorys wynosi przeszło 300.000 rubli. Sanatoryum będzie przeznaczone w $^1/_3$ części dla chorych zupełnie ubogich, za których płacić będzie miasto lub gmina, a w $^2/_3$ dla średnio zamożnych, którzy sami będą opłacali koszta utrzymania.

Niezależnie od Dunina powziął myśl urządzenia małego sanatoryum dla suchotników Dr Br. Chrostowski, który zebrał już w tym celu przeszło 20.000 rubli i wkrótce myśli przystąpić do budowy uzdrowiska. Czy nie byłoby lepiej skupić wszystkie usiłowania w jednym kierunku i przyspieszyć wybudowanie pierwszego sanatoryum, pomyślanego na szeroką skalę i odpowiadającego wszelkim nowoczesnym wymaganiom higieny?

Nie wszystkie wydziały Towarzystwa natrafiły na taką „złotą żyłę“ czynu, jak sekcya ludowa i szpitalna. Na niektórych sekcyach rozprawy toczą się leniwo, bezbarwnie i bezowocnie, ale nie trzeba zapominać, że to dopiero początek, że lada chwila może się zjawić jakaś nowa sprawa żywotna, która poruszy ogół i do akcyi pobudzi. Np. na wydziale balneologicznym był brak ożywienia, dopóki nie wypłynęła sprawa letnich mieszkań, poruszona przez Dra J. Zawadzkiego. Okazało się, że istnieje dużo gotowego materyału w tym przedmiocie, opracowanego przez komisyę, utworzoną podczas drugiej wystawy higienicznej. Teraz na nowo zawiązała się komisya, która zaraz przystąpiła do zbierania dokładnych wiadomości o już istniejących i mających się tworzyć siedzibach letnich, a to w celu udzielania informacyi szerokiemu ogółowi.

Właściwa balneologia nie została jeszcze dostatecznie uwzględniona w pracach wydziału, ograniczono się bowiem do bardzo pobieżnego przeglądu naszych stacyj klimatycznych. Sekcya wychowawcza zajęła się krytyką urządzeń higienicznych naszych szkół początkowych, sekcya higieny fabryk — krytyką pomocy lekarskiej w zakładach przemysłowych i fabrykach. Każde posiedzenie dorzuca jakąś cegiełkę do wielkiego gmachu higieny, który bądźcobądź postanowiliśmy w naszym kraju zbudować.

W każdym razie nowa instytucya cieszy się wielką popularnością i rozwija powoli, lecz normalnie. Wielu takich, którzy się mało interesowali sprawami ogólnemi, chętnie na posiedzenia różnych wydziałów przychodzi i przysłuchuje się rozprawom z zajęciem. Dotychczas w Towarzystwie higienicznem rej wodzą lekarze, o filiach na prowincyi dotąd jakoś nie słychać.

Druga nasza instytucya — Towarzystwo lekarskie — była niedawno widownią bardzo ożywionych rozpraw, wywołanych przez odczyt E. Biernackiego o istocie i granicach wiedzy lekarskiej. Odczyt ten, przeznaczony dla szerszego ogółu, wyszedł w Bibliotece dzieł wyborowych z przedmową J. Ochorowicza (sic!). Na trzech posiedzeniach Towarzystwa wysłuchaliśmy bardzo pobieżnej historyi medycyny i dużo luźnych zdań o sztuce lekarskiej, dla nas nie nowych, a dla publiczności może ciekawych, ale nie pouczających, a nawet wprost szkodliwych. Profan z odczytu Biernackiego wyprowadzić może między innemi taki np. wniosek, że medycyna, jako sztuka leczenia, mała przynosi korzyść ludzkości, że leczenie może się odbywać bez rozpoznania, że wykształcenie i wiedza lekarza mało wpływają na wynik leczenia i t. d. Są to wszystko paradoksy czyli zdania, mające pozory prawdy. My wiemy, co one znaczą, ale publiczność nie omieszka nadać im znaczenia ujemnego dla lekarzy, o których, jak również i o medycynie ma i tak spaczone pojęcia. Rozumiem, że myślący lekarz i badacz naukowy może boleć nad rozdźwiękiem, panującym nieraz między nauką medycyny a praktyką lekarską, może krytykować nieuzasadnione pretensye praktyków do naukowości

i śmiać się ironicznie z tych, którzy utożsamiają wziętość lekarza z jego wartością umysłową, ale spowiadania się ze swych zwątpień przed publicznością nie uważam za pożyteczne ani dla lekarzy, ani dla chorych. Tematy, poruszane przez Biernackiego, stanowczo nie nadają się do popularyzacyi. W Towarzystwie lekarskiem odczyt Biernackiego spotkała bardzo ostra krytyka (patrz *Pam. Tow. lek.* 1899, T. I), nie wątpimy, że publiczność przyjmie go z zajęciem, do czego niemało przyczyni się... przedmowa.

Młodzi lekarze krzątają się około założenia Towarzystwa, którego celem ma być zbliżenie członków między sobą, dostarczanie im i ich rodzinom sposobności przepędzenia czasu wolnego od zajęć „wygodnie, pożytecznie i przyjemnie". W tym celu Stowarzyszenie ma urządzać pogadanki, wieczory literackie, muzyczne i tańcujące, gry (w karty, szachy, bilard i t. d.), prenumerować książki i gazety, zapraszać specyalistów różnej gałęzi wiedzy na odczyty, urządzić dla swych członków biuro rekomendacyi pracy. Jak widzicie, ma to być coś w rodzaju resursy, czy klubu (nazywać się ma ta instytucya Kołem lekarskiem), opracowano już projekt ustawy i poczyniono starania o jej zatwierdzenie przez władze. Motywa, które skłaniają młodych lekarzy do utworzenia nowej instytucyi, są mniejwięcej następujące: Istniejące Towarzystwo lekarskie, jako instytucya naukowa, nie może się zajmować sprawami zawodowemi, nie może wchodzić w pewne szczegóły bytu lekarzy, ani też wyrabiać ich pod względem etycznym. Towarzystwo lekarskie, powiadają, nie dla każdego lekarza jest dostępne, gdyż do przyjęcia na członka wymaganem jest ogłoszenie drukiem jakiej pracy naukowej. Nie dość na tem, w ostatnich czasach rozpowszechnił się zwyczaj nieprzyjmowania młodych lekarzy przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu lekarskiego. Nie jest to wprawdzie prawidłem, gdyż nie wszyscy członkowie Towarzystwa tej zasadzie (mówiąc nawiasem, zupełnie nieracyonalnej) hołdują, ale w każdym razie młodzi lekarze przed upływem tego terminu z nieśmiałością na członków Towarzystwa się podają. Należy więc szukać terenu, na którym młodzi mogliby się poznawać ze sobą i ze starszymi, gdzieby można było swobodnie pomówić o sprawach zawodowych i takich, które nie mogą być przedmiotem rozpraw w czysto-naukowem Towarzystwie Lekarskiem. Młodzi marzą o tem, że takie zjednoczenie się może wpłynąć na poprawę etyki, na polepszenie bytu i t. d. Zwyczajnie młodzi! Przeszkadzać temu ruchowi niema możności ani potrzeby. Niech próbują! Byle tylko przyświecała temu ruchowi jakaś szersza idea, szczęść Boże!

Prawdzic.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół

zgromadzenia lekarzy lwowskich, odbytego w dniu 22 kwietnia 1899 r., zwołanego przez Dra Festenburga, prezydenta Izby lekarskiej Wschodnio-galicyjskiej.

Na porządku dziennym: Sprawa kasy chorych dla lekarzy.

Obecnych lekarzy 60.

Kol. Dr. Festenburg zaprasza na przewodniczącego kol. Doc. Schramma, na sekretarza kol. Dra Praschila.

Kol. Doc. Schramm, po krótkiem zagajeniu i zwróceniu uwagi na ważność przedmiotu, udziela głosu kol. Dr. Festenburgowi.

Kol. Dr. Festenburg przedstawia dzieje usiłowań Izby celem utworzenia funduszu, dla zabezpieczenia bytu lekarzom niezdolnym do pracy, jakoteż wdowom i sierotom po nich. Sprawą tą zajmowała się Izba i jej Wydział prawie od początku swego istnienia; przed 2 laty zwołał Wydział zgromadzenie lekarzy, w celu zastanowienia się nad nią; z powodu jednak trudności w zebraniu funduszów musiał Wydział zaniechać akcyi na szerszą skalę, a ograniczyć się do udzielania jednorazowych zapomóg.

Kiedy przed kilku tygodniami mowca się dowiedział, że Izby praska i berneńska zamierzają utworzyć Kasy chorych dla lekarzy, rzecz tę przedstawił Wydziałowi Izby i na jego polecenie zasięgnął informacyi w Pradze i Bernie. Z Berna odpowiedziano, że tam nie mają zamiaru zakładać Kasy, z Pragi zaś, — że projekt odnośny posłano Namiestnictwu do zatwierdzenia. W Wiedniu, dokąd mowca się również odniósł, istnieje Kasa chorych, niezależnie od Izby, od lat pięciu. Mowca jest zdania, że podobną instytucyę możnaby stworzyć u nas; nie byłaby to Kasa chorych, podobna do istniejących, gdyż członkom jej nie chodziłoby o lekarza i lekarstwa, byłaby to atoli instytucya, mogąca zapewnić lekarzom zapomogę na wypadek choroby.

Projekt Izby praskiej i statut istniejącej już Kasy wiedeńskiej różnią się między sobą w pewnych punktach i tak:

1. W Wiedniu niema ograniczenia co do wieku członków, każdy lekarz wykonywujący praktykę, może do niej należeć.

W Pradze przyjmują członków tylko do 60 roku życia.

2. W Wiedniu wysokość opłaty, bez względu na wiek (30 złr.) i wpisowe 10 złr.): w Pradze mają 3 taryfy: *a)* dla lekarzy do 30 roku życia z roczną opłatą 21 złr. 60 ct., *b)* od 31—50 roku życia 32 złr. 40 ct., *c)* od 51—60 roku życia 43 złr. 20 ct. Wpisowe 10 złr.

3. Kasa wiedeńska uwzględnia wszystkie choroby, a także i wypadki nagłe. Projekt praski, tylko choroby, jako takie.

4. Kasa wiedeńska oznacza wysokość zapomogi na 4 złr. dziennie przez 140 dni trwania tej samej choroby.

Projekt praski daje 2 rodzaje zapomóg: 4 złr. dziennie, jeśli chory członek zupełnie nie może zajmować się praktyką, zaś 3 złr., jeżeli w czasie choroby może w domu ordynować.

5. Co do członków, to Kasa wiedeńska ma: *a)* członków honorowych, *b)* członków założycieli, tj. takich, którzy na rzecz Kasy odrazu 100 złr. złożyli; obie te kategorye członków nie mają prawa do korzystania z zapomóg; *c)* członkowie wspierający, którzy płacą tak jak zwyczajni, ale prawa do zapomóg się zrzekają; *d)* członkowie zwyczajni.

Projekt praski obejmuje tylko jedną kategoryę członków, tj. zwyczajnych.

6. Co do czasu, kiedy członek nabywa prawa do korzystania z zapomóg, to w projekcie praskim trzeba należeć 6 tygodni, zanim się to prawo nabędzie, w Wiedniu zaś 6 miesięcy.

W razie śmierci członka wypłaca Kasa wiedeńska 150 złr., praska zaś 100 złr. jednorazowej zapomogi rodzinie.

Do obu z tych Kas należeć może każdy lekarz praktykę wykonywujący; wystąpić z Kasy można każdej chwili i wtedy traci się prawo do zapomogi, przy ponownem wstąpieniu wpisowego się nie opłaca. Lekarze, wstępujący do stałej służby wojskowej, tracą prawa i obowiązki wobec Kasy; odbywający czasową służbę wojskową, — tylko na czas trwania służby.

Gdyby we Lwowie powstała taka Kasa, mogłaby być pod patronatem Izby, któraby ją mogła na początek urządzić, dopomódz do jej założenia, względnie wspierać roczną zapomogą, a potem Kasa rządziłaby się sama, wybierając sobie swój własny zarząd.

Do utworzenia jednak Kasy potrzeba najmniej 300 członków.

Ponieważ nazwa „Kasa chorych" mogłaby być dla lekarzy niesympatyczną, możnaby jej dać nazwę „Kasy zapomogowej".

W końcu, podnosząc ważność sprawy, mowca oświadcza, że zwołał dzisiejsze zgromadzenie dla wysłuchania opinii kolegów, a w razie, gdy się za Kasą oświadczą, Wydział Izby tą sprawą się zajmie i instytucyę taką założy.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Gońka, który radzi, aby nad tą ważną sprawą namyśleć się w domu i na następnem zebraniu ją przedyskutować; kol. Dr. Majer jest temu przeciwny; kol. prof. Mars przyłącza się do zdania Gońki. Kol. Dr. Rożański zapytuje, jak Kasa przeprowadzi kontrolę i zabezpieczy się przeciw ewentualnym nadużyciom, stawia wniosek, aby projekt Izby wydrukować i rozesłać wszystkim lekarzom z prośbą o odpowiedź na pytanie, jak się zapatruje na sprawę i czy jest gotów przystąpić do kasy. Kol. Dr. Pisek przemawia za zasadniczem uchwaleniem, czy Kasę założyć lub nie i za wybraniem komisyi z poza Wydziału Izby. Kol. Dr. Festenburg wyjaśnia, że Kasa musiałaby obejmować i lekarzy prowincyonalnych, objaśnia, w jaki sposób Kasa wiedeńska wykonywa kontrolę i zabezpiecza się przeciw ewentualnym nadużyciom. W kwestyi tej, jaki miałby być stosunek Kasy do Izby lekarskiej, zabierali głos kol. Dr. Rożański, Prof. Kadyi, Dr. Szulisławski, Dr. Pisek, Dr. Gońka i Dr. Festenburg. W końcu przemawiali jeszcze kol. Dr. Zgórski, Dr. Uhma i Dr. Podlewski. W głosowaniu przyjęto znaczną większością wniosek kol. Dra Rożańskiego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 4 maja 1899.

Otrzymujemy następujące ogłoszenie:

IX. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się 18 i 19, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 20 lipca roku bieżącego w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi stawiamy po porozumieniu się z licznymi kolegami:

1) O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis).

2) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae).

Naumyślnie wybraliśmy tematy tak nadzwyczaj ważne dla praktyki, żeby zachęcić do brania udziału w naszych Zjazdach jaknajwiększą liczbę lekarzy, których niniejszem zapraszamy.

Obecnie nie robimy już co roku nowych nadzwyczajnych odkryć, jak to bywało do niedawna w dwóch ostatnich dziesiątkach lat; ale chodzi o wykończenie, ugruntowanie i ściślejsze opracowanie niejednej kwestyi, — zadania nie mniej ważne, a wypełnić je mogą najlepiej Zjazdy.

To też nasze Zjazdy nie tracą wcale na wartości aktualnej, ale praktyczny więcej kierunek uprawiać będą, nie spuszczając bynajmniej z oka postępu naukowego. Dla tego to demonstracye i dyskusye pierwsze miejsce na Zjazdach zająć winny.

Nasze Zjazdy chirurgów mają nadto to doniosłe znaczenie, żeby budzić i ustalać zaufanie do chirurgii i to chirurgii ojczystej w coraz to szerszych kołach. Kiedy za granicą setki operacyj na drogach żółciowych, na żołądku, na wyrostku robaczkowym, i t. d. nawet w małych stosunkowo zakładach prowincyonalnych (Kehr w Halberstadzie) się odbywają, u nas zaledwie początki tego widzimy i to w przypadkach najgorszych.

Zapraszamy więc do licznego uczestnictwa i do licznych zgłoszeń wykładów, które przyjmuje podpisany prezes lub też sekretarz Zjazdów, Doc. Dr. Bossowski.

Chorych, przeznaczonych do demonstacyi, jako też przyrządy i preparaty przyjmie klinika chirurgiczna w Krakowie.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—9 godz. zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie — oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Posiedzenia odbywać się będą od 9 do 12½ godz. przed poł. i od 2 do 4 godz. po południu.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło d wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Ciechanowski okazał i objaśnił kilka rzadkich preparatów anatomicznych; kol. dr. Czapliński demonstrował okazy anatomiczne i ciała obce, wydobyte drogą operacyjną z różnych narządów ciała operowanych; kol. dr. Borzęcki okazał przyrząd do wytwarzania na poczekaniu wody sodowej; wreszcie kol. dr. Rutkowski przedstawił kilku chorych, operowanych przez niego w klinice chirurg. krakowskiej.

* »Zdrojowiska«, organ poświęcony sprawom uzdrowisk i zdrojowisk, rozpocznie wychodzić, jak i w roku przeszłym, z nastaniem pory kąpielowej. Będąc jedynym u nas organem informującym ogół o wszelkich sprawach, dotyczących naszych zdrojowisk, czasopismo to zasługuje na najgorętsze poparcie ogółu i lekarzy, a w szczególności lekarzy zdrojowych, którzy w interesie swej specyalności i w dobrze zrozumianym interesie własnym, winni stać się stałymi współpracownikami »Zdrojowisk«. Naczelnymi redaktorami »Zdrojowisk« są: Dr. Włodzimierz Skowroński i Pan Wiktor Doleżan.

* Dwudzieste szóste Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie opuściło prasę. Z zestawienia liczbowego dowiadujemy się, że w szpitalu św. Ludwika w roku 1898 leczono 1156 dzieci, pielęgnowano 138 osesków, ambulatoryjnie udzielono porady lek. 5193 dzieciom i zaszczepiono krowianką 110. Operacyj dokonano 248, opatrunków założono 90. Na błonicę leczono 252 dzieci, z których umarło 21.4%; dzieci błonicze leczono surowicą, której spożytkowano 808 flakoników. Pokąsanych 82 dzieci przez psy wściekłe, lub też o wściekliznę podejrzane, poddawano szczepieniu ochronnemu w Zakładzie higienicznym prof. Bujwida. Kolonia lecznicza w Rabce liczyła w trzech sezonach 122 dzieci. Wynik leczenia w Rabce był dla zdrowia kolonistów pod każdym względem pomyślny.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady Zdrowia d. 22 kwietnia podniesioną była przez referenta, Radcę ministeryalnego Kusyego sprawa szerzenia się nagminnego ospy i duru osutkowego w Galicyi, gdzie już 20 okręgów politycznych zajęła epidemia. Rada, w myśl prof. Grubera, postanowiła wyrazić życzenie, ażeby władze przyśpieszyły wydanie ustawy o obowiązkowem szczepieniu się i rewakcynowaniu.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Bernard Egländer, Fryderyk Strasser i Józef Silberstein.

* W XV tygodniu (od 9 do 15 kwietnia) zawarto w Krakowie małżeństw 7 (4.35); urodzin było 57 (34.40); skonów — 61 (37.88). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 27:12, u starozakonnych 6:12.

W tym XV tygodniu zmarło na gruźlicę osób 12, na zapalenie płuc 12, na błonicę 1, na płonicę 2, na dur brzuszny 1.

* Izbie lekar. dolnoaustryackiej doniesiono, że władze powołały do przysięgi lekarzy kas chorych. Część lekarzy zwróciła się do Izby lekarskiej z zapytaniem o ile to wezwanie władz jest prawne i uzasadnione. Izba uznała, że wymaganie przysięgi od lekarzy kas chorych jest co najmniej bezpodstawne i zbyteczne, gdyż lekarze przy otrzymywaniu dyplomu składają przysięgę prawie jednobrzmiącą z formułą, którą im obecnie przedłożono.

* Jedna fabryka czekolady za przynętę użyła na swej etykiecie portretu prof. Schenka. Prof. Schenk publicznie ogłosił, że w tej sprawie udziału nie brał. Wypadek ten przypomniał nieco już zacierającą się w pamięci teoryę wiedeńskiego profesora i wznowił dyskusyę, w której poruszono następujące pytania: dla czego prasa lekarska wiedeńska nie zajęła wyraźnego stanowiska w tej sprawie? dla czego senat akademicki, o ile wiadomo, ograniczył się do nagany, a nie wymagał od prof. Schenka zrzeczenia się stanowiska profesorskiego? niemniej nie jest wiadomo, czy prof. Schenk przedłożył Akademii umiejętny wykład swej doktryny, jak to w swoim czasie zapowiadał.

* W Prusach od r. 1890 do 1897 wydano na partaczy, za spowodowanie śmierci lub uszkodzenia ciała, 177 wyroków, obejmujących razem 63 lat więzienia i 8233 M. grzywny.

* Towarzystwo rosyjskie dla ochrony zdrowia ludu wybrało komisyę, która zamierza zorganizować pomoc dentystyczną w szkołach.

* Przewodniczącym komitetu gospodarczego »Międzynarodowego Kongresu lekarskiej prasy« został wybrany prof. Cornil. Głównym zadaniem tego Kongresu ma być zorganizowanie »Międzynarodowego Związku zawodowej prasy lekarskiej«. Myśl ta, która została poruszoną na Kongresie w Rzymie, ma być urzeczywistnioną na Kongresie w r. przyszłym.

Mianowania i odznaczenia: Majowy awans objął między innymi następujących lekarzy: mianowani zostali lekarzami sztabowymi — lekarze pułkowi I-szej klasy: Longchamps Bronisław we Lwowie, Hordyński Zdzisław w Krakowie i Majewski Bronisław w Przemyślu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Maleszewski, lekarz pow. konstantynowskiego, w 63 r. życia. Dr. Maks Wellner, asystent prof. Hlavy, redaktor »Časopisu lék. českych«, w wieku 28 lat. Dr. Jan Józefowicz — w Kownie, mając lat 43.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 8: Dr. Świąteckiego Wł.: Przypadek wysokiego stopnia zwężenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego. Dr. Ołtuszewskiego Wł.: Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii (dok.). W *Medycynie* Nr. 17: Arnsteina F.: O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka. Dr. Funka: W sprawie istoty pryszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. W *Postępie okulistycznym* Nr. 4: Dr. Bałłabana T.: O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz. Dr. Rumszewicza K.: Przypadek nieprawidłowej szpary naczyniówki. Prof. Wicherkiewicza B.: Ruchome oddziały przy instytucie oftalmicznym w Warszawie. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 17: Łapińskiego W.: Leczenie wilka promieniami Roentgena. Świąteckiego J.: Niedokrwistość kiesonowa (dok.). Grünbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 14371 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieska lny charakter;

4) znajor ć języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu lyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna izyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzon n przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie udo umentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarn *zbie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny płaca roczna 500 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi . mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wno do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Stanisławowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Knihininie wsi.* Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 200 złr. — stabilizacya po roku. Podania do 15-go Maja.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.